

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 108

DE L'ALBUMINURIE GRAVE
ET
DE L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALES
DANS
LEURS RAPPORTS AVEC L'ALLAITEMENT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 20 avril 1923

PAR

Louis-Emile SAGE

Né à SAINT-GENIÈS (Dordogne) le 9 juillet 1896

Examineurs de la Thèse

MM. RIVIÈRE, professeur, *Président*.
GUYOT, professeur.
FAUGÈRE, agrégé.
PAPIN, agrégé.

Juges.

BERGERAC

IMPRIMERIE GÉNÉRALE DU SUD-OUEST (J. CASTANET)

PLACE DES DEUX-CONILS

1923

DE L'ALBUMINURIE GRAVE
ET DE L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALES
DANS
LEURS RAPPORTS AVEC L'ALLAITEMENT

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 108

DE L'ALBUMINURIE GRAVE
ET
DE L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALES
DANS
LEURS RAPPORTS AVEC L'ALLAITEMENT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 20 avril 1923

PAR

Louis-Emile SAGE

Né à SAINT-GENIÈS (Dordogne) le 9 juillet 1896

Examineurs de la Thèse	{	MM. RIVIÈRE, professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Juges.</i>
		GUYOT, professeur.		
		FAUGÈRE, agrégé.		
		PAPIN, agrégé.		

BERGERAC
IMPRIMERIE GÉNÉRALE DU SUD-OUEST (J. CASTANET)
PLACE DES DEUX-CONILS

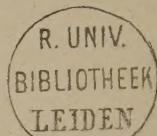
1923

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS . . . Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.



PROFESSEURS :

MM.		MM.	
Clinique médicale	ARNOZAN.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
id.	CASSAET.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	DENUCÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique gynécologique	BEGOUIN.
id.	VILLAR.	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Pathologie et thérapeutique gén.	CRUCHET.	Chimie biologique et médicale..	DENIGES.
Clinique d'accouchements	RIVIERE.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	LE DANTEC.
Anatomie	PICQUE	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	W. DUBREUILH.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies des voies urinaires	POUSSON.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Hygiène	AUCHE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURE.
Médecine légale et déontologie	VERGER.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Physique biologique et clinique d'électricité médicale	BERGONIÉ.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.
Chimie	CHELLE.		
Botanique et matière médicale..	BEILLE.		
Pharmacie	DUPOUY.		
Zoologie et parasitologie	MANDOUL.		
Médecine expérimentale	FERRE.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie).
CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES (Vénéréologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie et embryologie	N.	Médecine générale	CREYX.
Histologie	LACOSTE (chargé).	id.	MICHELEAU.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales	PERRENS.
Anatomie pathologique	MURATET.	Médecine légale	LANDE.
Parasitologie et sciences naturell.	R. SIGALAS (chargé).	Chirurgie générale	ROCHER.
id.	N...	id.	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale.	RECHOU.	id.	PAPIN.
Chimie biologique et médicale	N...	Obstétrique	PERY.
Médecine générale	MAURIAC.	id.	FAUGÈRE.
id.	LEURET.	Ophtalmologie	TEULIERES.
id.	DUPERIE.	Pharmacie	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

MM.		MM.	
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Médecine opératoire	VENOT.	Chimie	RANGIER.
Accouchements	FAUGÈRE.	Pathologie interne	CREYX
Ophtalmologie	CABANNES.		
Puériculture	ANDERODIAS.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle

MM. ROCHER.
GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui ont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE GEORGES

mort au champ d'honneur (29 mars 1916)

A LA MÉMOIRE DE MA SOEUR HÉLYETTE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Je dédie ce modeste travail, faible
témoignage de mon affection et de ma
gratitude pour tous les sacrifices qu'ils
se sont imposés pour moi.

A MA SOEUR, MADELEINE

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES

de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux de Bordeaux

Hommage respectueux et reconnaissant.

A MES MAITRES

de la Clinique d'accouchements et de la Maternité

A MONSIEUR LE DOCTEUR BALARD

Accoucheur des Hôpitaux

Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse, et qui n'a pas manqué, au cours de ce travail, de nous prodiguer ses conseils.

Sincères remerciements et profonde reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE RIVIÈRE

*Professeur de Clinique d'accouchements à la Faculté de Médecine
de Bordeaux*

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Instruction publique

Nous ne saurions oublier le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale. Nous le prions d'accepter, ici, l'expression de nos sentiments de respectueuse gratitude.

INTRODUCTION

Pinard, dans sa *Clinique obstétricale*, pose en principe que le lait de la femme, pris au sein, constitue la seule nourriture normale du nouveau-né, « la seule, dit-il, qui par sa composition, soit suffisante et sans danger. Je dirai même avec M. Marfan, ajoute-t-il, et après bien d'autres : Toute mère doit allaiter son enfant. Ce qu'il faut au nouveau-né et au nourrisson, c'est le lait de sa propre mère ».

Assurément, l'allaitement maternel est pour l'enfant la meilleure des choses et tous les efforts de l'accoucheur doivent tendre à lui faire prendre le sein de la mère. Il y a, néanmoins, certains cas, comme la tuberculose, par exemple, où cette fonction, cependant si naturelle, doit être supprimée et dans l'intérêt de la mère et dans celui de l'enfant. — Mais, en présence d'une femme qui a fait de l'albuminurie grave ou même de l'éclampsie au cours de sa grossesse ou après celle-ci, doit-on agir de même ? Doit-on permettre l'allaitement maternel, l'interdire définitivement ou seulement d'une façon provisoire ?

C'est une question essentiellement pratique que nous avons cru bon de reprendre dans ce modeste travail. Dans ce but, nous avons recherché dans les dossiers de la Maternité et de la clinique d'accouchements de Bordeaux, que nos maîtres ont bien voulu aimablement mettre à notre disposition, les diverses observations pouvant avoir trait à ce sujet. Nous avons également pris des renseignements auprès des multiples « Consultations de nourrissons » de la ville ; malheureusement, nous n'avons pas trouvé, dans ces

dernières, tout ce que nous aurions pu espérer y découvrir, car, ce qu'il y manque, ce sont des renseignements pris au sujet de la mère, en ce qui concerne sa grossesse et ses suites de couches. Il n'en eût, peut-être, pas été de même si ces consultations avaient été annexées, comme le voulait leur promoteur, le professeur Budin, à un service d'accouchements. Nous avons également, enfin, recherché dans les travaux déjà parus à ce sujet, ce qui pourrait nous intéresser. Et c'est le résultat de toutes ces recherches que nous essaierons d'apporter ici.

Nous n'envisagerons pas dans notre travail, la question de l'albuminurie gravidique banale dont l'influence sur l'allaitement a été déjà définitivement établie, pas plus que celle de l'allaitement chez les femmes atteintes de néphrite chronique. Nous ne traiterons que de l'albuminurie grave et de l'éclampsie puerpérales dans leurs rapports avec l'allaitement. Nous nous en tiendrons surtout aux faits; or, les faits, ce sont les observations. Ce sont donc surtout des observations que nous rapporterons et nous en déduirons nos conclusions.

Nous diviserons notre étude ainsi : Dans un premier chapitre, nous ferons un historique succinct de la question. Dans un deuxième chapitre, nous exposerons quelques considérations relatives à l'influence de l'albuminurie et de l'éclampsie de la mère sur le fœtus et sur la sécrétion lactée. Dans un troisième chapitre, nous relaterons nos observations et les discuterons. Dans un dernier chapitre, enfin, nous parlerons de la conduite qu'il y a lieu de tenir dans l'allaitement chez les éclamptiques.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les anciens auteurs semblent s'être peu intéressés à la question de l'allaitement. On note, cependant, dans la *Pratique des Accouchements* de Mme de Lachapelle, que celle-ci faisait mettre au sein l'enfant d'une femme qui avait eu des convulsions, sans s'inquiéter des dangers que cela pouvait présenter.

En réalité, l'étude des rapports de l'albuminurie et de l'éclampsie avec l'allaitement ne remonte guère à une époque antérieure à 1850. Johnson, cité par Cassin, insiste sur les inconvénients qui peuvent résulter pour l'enfant quand il est nourri par une albuminurique.

Cassin, en 1880, formule, d'une façon radicale, que toute femme dont les urines demeureront albumineuses au delà des trois premiers jours de couches, devra cesser l'allaitement. Léon Dumas pose également le même principe.

Les choses en étaient restées là, lorsque en 1896, Gamulin, dans sa thèse inspirée par Pinard, reprit cette étude. Il ne réunit pas moins de 158 observations de femmes albuminuriques (bénignes et graves), parmi lesquelles seulement 16 éclamptiques et formule ainsi son opinion : « Nous nous croyons autorisé à conclure que les enfants des albuminuriques nourris par leur mère, se développent et augmentent de poids dans les mêmes proportions que les autres enfants ; que, d'autre part, les femmes albuminuriques

qui allaitent leurs enfants, même en étant au régime lacté absolu, retirent les bénéfices que procurent à toute femme cet acte physiologique, et n'éprouvent pas de retentissement fâcheux ni du côté de l'albuminurie ni du côté de leur état général. Il s'ensuit que toute femme albuminurique peut et doit allaiter son enfant. Il n'y a que des cas tout à fait rares, dans lesquels l'albumine des urines augmente ou reste stationnaire pendant plusieurs semaines, qu'on devrait suspendre l'allaitement. De même, si l'enfant dépérissait, on pourrait essayer une autre nourrice. »

Jochkewitch, en 1898, vient confirmer, après des résultats identiques, les idées de Gamulin.

Budin et Chavanne font les mêmes constatations ; mais alors que jusqu'ici on n'avait pu suivre mère et enfant que pendant quelques jours, eux, grâce à leur consultation de nourrissons, avaient eu la possibilité d'observer pendant un certain nombre de mois, après leur sortie de l'hôpital, plusieurs nourrices albuminuriques et leurs enfants. Et, dans le *Nourrisson*, en 1900, Budin conclût que : « contrairement à l'opinion formulée autrefois, les femmes qui ont de l'albuminurie de la grossesse, même celles qui ont eu des attaques d'éclampsie, peuvent nourrir leurs enfants. Souvent, la disparition de l'albumine a lieu rapidement et l'allaitement se poursuit sans rien présenter de particulier. Quand l'albumine persiste, ce qui est exceptionnel, l'allaitement peut néanmoins être continué et la guérison définitive de la mère n'en paraît pas empêchée. Quand la mère n'a pas une quantité suffisante de lait, on peut recourir à l'allaitement mixte. Il est évident que les mères et les enfants devront être surveillés avec soin ; l'allaitement au sein pourra être suspendu dans le cas où il surviendra des complications et des contre indications. »

Cordier, en 1904, dans sa thèse, aboutit à des conclusions semblables.

Andérodias, en 1910, rapporte incidemment dans la « *Revue mensuelle de gynécologie, obstétrique et pédiatrie* » un cas

d'éclampsie du travail, dans lequel l'enfant a pu être nourri au sein, après une montée laiteuse normale, dans des conditions satisfaisantes.

Spolvérini, en 1908, dans *l'Albuminurie maternelle et allaitement*, rapporte 7 cas d'éclamptiques et dit que l'allaitement maternel pratiqué pendant les 20 ou 30 premiers jours, après la naissance, a été très précieux aux enfants prématurés ; ils ne se seraient pas développés si on les avait soumis à l'allaitement artificiel.

Par contre, en 1911, James Goodall, de Montréal, rapporte 3 cas d'éclampsie post-partum. Dans les trois cas, l'enfant est pris, après la première tétée, qui a suivi la montée laiteuse, de troubles divers (froideur — cyanose — convulsions), et dans deux de ces cas, l'enfant meurt quelques heures après.

Conway A. Frost, autre auteur américain, rapporte à son tour, en 1912, dans les *Archivs of Pédiatries*, 4 cas d'accidents semblables aux précédents et il conclut ainsi : « Je ne peux que penser que le lait d'une mère éclamptique est toxique, même plus que son sang, et qu'une crise, survenant juste avant la sécrétion lactée, le rend doublement toxique, comme si la nature prenait ce mode d'élimination ; et je continuerai à défendre à une néphritique ou une éclamptique de nourrir son nouveau-né. »

Bonnet-Laborderie, en 1913, citant 2 cas d'éclampsie, signale que la mère a donné le sein à son enfant qui ne parut pas en être incommodé. Mais il dut faire suspendre cet allaitement au sein quelques jours après, la mère ne pouvant le supporter.

Marfan, dans son traité de *l'Allaitement*, Bar, Brindeau et Chambrelent, Dubrisay et Jeannin, Tarnier, Walich, Fabre, etc., s'attardent peu à cette question.

Frappé, d'une part, par le peu d'importance que paraissent y attacher les classiques, d'autre part, par les opinions si diverses émises par les auteurs, il nous a paru de quelque intérêt de reprendre la question et de la discuter.

CHAPITRE II

L'ENFANT DES ALBUMINURIQUES GRAVES ET DES ÉCLAMPTIQUES. LA SÉCRÉTION LACTÉE

1° Influence de l'albuminurie grave et de l'éclampsie maternelle sur le fœtus.

On sait que l'albuminurie grave et l'éclampsie chez la mère ont une influence souvent néfaste sur le fœtus. Elles sont, en premier lieu, une cause fréquente de la mort de ce dernier in utéro, et nombre d'auteurs sont venus, par leurs statistiques, confirmer cette opinion. En second lieu, si ce n'est pas d'un fœtus mort et macéré qu'accouche la mère, c'est fréquemment qu'elle ne conduit pas sa grossesse à terme ; elle met au monde un enfant chétif et frêle qui a d'autant moins d'aptitude à vivre qu'il est né plus prématurément. « On a parfois constaté, écrit Dumas (*Thèse d'agrégation, 1880*), que les enfants nés de femmes albuminuriques présentaient un développement au dessus de la moyenne et l'on s'est naturellement demandé quel rapport il pourrait y avoir entre ce fait et l'albuminurie elle même, Il faut dire cependant que les résultats trouvés par les auteurs sont encore en bien petit nombre et ne sont pas assez précis pour que l'on puisse en tirer des conclusions bien nettes ». — En réalité, si certains auteurs, tels que Blot et

plusieurs autres, ont relevé des poids supérieurs ou s'écartant peu de la normale, la plus grande majorité, au contraire, a fait une constatation inverse, surtout lorsque, aux chiffres mentionnés, s'ajoutait un certain nombre d'enfants issus de mères éclamptiques ou albuminuriques graves. Tels sont, entre autres, Hofmeier, Gamulin, Iochkewitch, Spolverini. D'après ce que nous avons observé personnellement, nous verrons également que, si l'albuminurie légère peut ne pas avoir une grande influence sur le poids du fœtus, il en va tout autrement dans les cas compliqués d'éclampsie, et que c'est bien rarement que de tels enfants ont atteint la moyenne du poids de naissance d'un enfant normal.

A quoi attribuer cet état d'infériorité ? Gübler (*Thèse Dumas, 1880*), se fondant sur les cas dans lesquels on a trouvé le fœtus peu développé ou mort, s'était demandé si cet état du fœtus devait être considéré comme primitif ou consécutif relativement à l'albuminurie et il inclinait à penser que, peut être, le développement incomplet du fœtus s'accompagnant, chez lui, d'échanges insuffisants, produisait dans le sang de la mère une accumulation de matériaux protéiques non employés, une super albuminose. « Nous avons vu, dit Dumas, ce qu'il fallait penser de cette influence, et la plupart des auteurs sont d'un avis complètement opposé. Rayer, Cahen, Tepaul, etc., pensent que c'est l'influence inverse qui se produit et que c'est à l'albuminurie qu'il faut attribuer l'état de souffrance ou la mort du fœtus. » C'est, qu'en effet, — et c'est l'opinion admise aujourd'hui — l'albuminurie, et à plus forte raison, l'albuminurie grave et l'éclampsie, résultant de l'introduction d'un élément anormal dans les humeurs de l'organisme de la mère, entraînent une modification profonde de celles-ci. C'est donc un sang vicié que reçoit le produit de conception : ce qui ne peut pas moins faire que d'avoir une répercussion fâcheuse sur l'état de ce dernier, qui prend, souvent, selon l'expression imagée de Mme de la Chapelle, l'aspect de l'araignée. Il est fréquent, également, chez les albuminuriques et les éclamp-

tiques, de trouver des lésions hémorragiques placentaires. Ces lésions restreignent d'autant plus le champ de l'hématose qu'elles sont plus nombreuses. Le fœtus, dans le sein de sa mère, n'a, par conséquent, pas assez de placenta ; ce placenta « truffé » de noyaux hémorragiques, suivant le mot de Pinard, ne permet que des échanges insuffisants entre la mère et le fœtus, et, par suite, une nutrition insuffisante de ce dernier.

Non seulement le fœtus reçoit, in utéro, un apport nutritif insuffisant, mais encore il vient souvent au monde avec des lésions rénales et hépatiques semblables à celles que présente sa mère. — Au point de vue anatomo-pathologique, les travaux de Moussous, en 1889, sont venus le montrer. Moussous présentait, en effet, à cette époque-là, à la *Société anatomique de Bordeaux*, des hémorragies dans les tubes collecteurs des reins d'un enfant de femme éclamptique. Cassaët et Chambrelent, à leur tour, en 1895, présentaient à la même société, des pièces montrant que les reins d'enfants nés de mères éclamptiques étaient atteints des mêmes lésions que les reins maternels. Bar, un peu plus tard, Dieust en 1912 (*Semaine médicale*, 1912), venaient confirmer ces recherches et signalaient des lésions rénales et hépatiques identiques.

D'autre part, l'on sait aussi que, dans un grand nombre de cas, ces enfants présentent, comme la mère, de l'albuminurie. Arnozan et Audebert, en mai 1896, ont présenté à la *Société d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux*, les résultats de leurs recherches sur l'albuminurie des nouveaux nés, portant surtout sur les rapports entre l'albuminurie de la mère et celle de l'enfant. — Il résulte clairement de leurs recherches que, alors que dans la grande majorité des cas, on n'a pu constater des symptômes d'albumine chez les enfants nés de mères saines, presque tous les enfants nés de mères éclamptiques ou fortement albuminuriques étaient eux-mêmes albuminuriques. Sur 16 enfants nés de mères saines, un seul était albuminurique et encore en si faible

quantité que l'albumine était indosable. Sur 5 enfants nés de mères brightiques, ils ont constaté 4 fois de l'albuminurie, et le cinquième, qui n'était pas albuminurique, fut atteint de convulsions très vives le troisième jour après sa naissance. Et Arnozan écrivait alors : « il nous paraît fortement acquis que les enfants nés de mères fortement albuminuriques ou éclamptiques sont presque toujours albuminuriques, tandis que l'albumine est, au contraire, exceptionnelle chez les enfants dont les mères sont indemnes de toute lésion rénale ». En septembre de la même année, après de nouvelles recherches, il pouvait encore écrire, dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, dans un article *Du pronostic des albuminuries* : « Il est légitime de conclure que l'albuminurie de la mère peut se transmettre à l'enfant, que cette transmission semble plus facile quand la mère a eu des attaques d'éclampsie ; que l'albuminurie de l'enfant peut se prolonger au-delà des premiers jours de la vie ; qu'elle prépare, pour plus tard, le terrain à des néphrites graves, quand l'enfant sera atteint de maladies pyrétiques... »

A ces lésions hépatiques et rénales, à cette albuminurie, viennent quelquefois s'ajouter, chez de tels enfants, des convulsions de même ordre que celles de la mère éclamptique. Dabin (cité par Perret) signale les rapports qui existent entre les convulsions des femmes éclamptiques et les convulsions de leurs enfants. Mme de Lachapelle, dans sa *Pratique des accouchements*, note elle aussi la coïncidence de convulsions chez la mère et chez son enfant. Trousseau fait la même remarque. Dumas, ensuite, rapporte quelques cas d'enfants de femmes éclamptiques qui ont présenté, également, des accès convulsifs semblables à ceux de leurs mères. Grulee, en 1907, dans les *Archives of Pediatrics*, cite un cas d'enfant mort, cinq jours après sa naissance, de convulsions identiques à celles de sa mère éclamptique, et, à l'autopsie, il découvre de la dégénérescence du rein, du foie, ainsi que des hémorragies multiples dans divers or-

ganes. De Bovis, en 1911, dans la *Semaine Médicale*, rapporte quelques observations faites par Goodall, de Montréal, de cas semblables ; Conway A. Frost, en 1912, dans les *Archivs of Pédiatrics*, également. — En pratique, certaines constatations d'ordre physiologique, aujourd'hui nettement établies, peuvent permettre de prévoir, en quelque sorte, de tels accidents et, peut-être, d'y porter remède. L'introduction de l'usage de l'oscillométrie en obstétrique peut, ici, rendre grand service. Balard, dans un mémoire sur la *Tension artérielle chez le nouveau-né*, parlant des convulsions chez le nouveau-né, indique, comme moyen de contrôle pour savoir si elles sont d'origine toxique ou simplement idiopathiques, l'emploi de l'oscillomètre. « Il est en effet, possible, écrit-il, de surveiller à l'oscillomètre, les enfants d'éclampsiques. On sait, en effet, que l'éclampsie peut se transmettre au fœtus... Or, à plusieurs reprises, nous avons pu noter d'emblée, chez des enfants d'éclampsiques, des valeurs oscillométriques élevées, et, au lieu d'observer, comme de coutume, une courbe croissante de ces valeurs, on constate la première semaine, une courbe en plateau, parfois même un abaissement léger, témoignant de la désintoxication lente de l'organisme. Ces constatations peuvent être d'un intérêt pronostique considérable, nous obligeant à surveiller attentivement ces enfants et nous incitent à leur administrer une purgation énergique et à favoriser la diurèse ».

2° Influence de l'albuminurie grave et de l'éclampsie sur la sécrétion lactée.

En ce qui concerne la sécrétion lactée dans ses rapports avec l'albuminurie grave ou l'éclampsie, beaucoup d'auteurs et de médecins pensaient, autrefois, que cette sécrétion était entravée du fait de cette albuminurie ou éclampsie, et, pour cette raison, parmi bien d'autres, interdisaient l'allaitement maternel.

En réalité, la chose est très variable. Chez le plus grand

nombre de ces femmes, la sécrétion lactée se fait d'une façon normale ; par contre, chez d'autres, elle peut être retardée ou être diminuée. Ce retard dans la sécrétion lactée, a été signalé par Balard, dans plusieurs cas de femmes éclamiques qu'il a eu l'occasion d'observer après leurs couches.

A quoi alors, attribuer ce retard et cette hypogalactie ? Faut-il en voir la cause dans la maladie elle-même ? Faut-il au contraire, imputer ces divers troubles à la saignée que l'on est amené à pratiquer chez de telles malades ? C'est une question qui ne semble pas encore élucidée. Néanmoins, il paraît naturel d'admettre que si l'on soustrait d'une façon quelconque, à un organisme, une certaine quantité de son sang, on ne peut pas moins faire qu'agir défavorablement sur le travail qu'il est obligé de fournir, surtout au moment de sa montée laiteuse. Cette dernière, en effet, nécessite au moment où elle s'installe une intensification du travail de tout l'organisme maternel, un surcroît d'apport. — Le régime, auquel la malade est obligée de s'astreindre pendant un certain temps, est bien de nature également à expliquer cette hypogalactie. Mais, dans tous les cas, il est rare que cette sécrétion lactée se tarisse complètement et ne redevenue normale au bout d'un temps plus ou moins long.

Le phénomène physiologique, qu'est la montée laiteuse, entraîne, chez la mère, diverses modifications portant notamment sur sa température, son pouls, sa tension artérielle. On admet, en effet, que, sans qu'il y ait, à proprement parler, « fièvre de lait », il se produit, au moment de la montée laiteuse, une légère ascension de la courbe de température, pouvant aller jusqu'à quelques dixièmes de degré ; que plus la montée laiteuse est intense, plus l'ascension peut être forte, et, ceci, en dehors de tout phénomène morbide. Le pouls, également, peut subir, à ce moment là, une légère accélération. Quant à la tension artérielle, les travaux de Pellisier, de Fuss-Alter, d'Etchevers, de Balard, nous ont montré que, normalement, cette tension, après avoir augmenté dans tous ses éléments au moment du tra-

vail, tend à redevenir normale dans les suites de couches, mais que, cependant, il y a, au moment de la montée laiteuse, une légère ascension de cette tension. Cette augmentation commencerait à se produire quelques heures avant la montée laiteuse ; elle suivrait la progression de celle-ci pour disparaître quelques heures après et revenir à nouveau à la normale. Chez une albuminurique ou, à plus forte raison une éclampsique, cette montée laiteuse se manifeste, à l'oscillomètre, par une ascension brusque de la tension artérielle. « Durant les suites de couches, écrit Balard, dans son mémoire sur les *Données oscillométriques dans l'albuminurie gravidique et l'éclampsie*, la marche régulièrement décroissante de la tension artérielle peut être interrompue par un brusque crochet qui se manifeste à l'occasion de la montée laiteuse. Le fait avait été noté par Etchevers. »

Ces divers faits, surtout l'ascension de la tension artérielle, ne montrent donc pas que la femme est plus malade, puisque ils sont d'ordre physiologique, liés à la sécrétion lactée. Du reste, la baisse de la tension qui se produit ensuite, est preuve que la désintoxication de l'organisme continue.

Certains auteurs, tels que James Goodall et Conway A. Frost, ont prétendu que le lait des femmes éclampsiques était toxique et défendaient, pour cette raison, l'allaitement au sein par ces dernières. Evidemment, pareille question eut été particulièrement intéressante à étudier au point de vue expérimental. C'est ainsi, qu'après avoir expérimenté sur des animaux, du lait colostrum de nourrice saine, il eut été intéressant de répéter les expériences avec du lait colostrum de mère éclampsique, et d'observer les troubles provoqués par un tel lait. Mais, en pratique, c'est chose difficile à réaliser, du moins chez la femme. Il eut été nécessaire, en effet, pour se trouver dans des conditions normales, de choisir comme voie d'absorption, la voie physiologique chez le nouveau-né, la voie intestinale. Or,

une telle voie eut demandé, pour provoquer un effet appréciable, l'ingestion d'une certaine quantité du produit à expérimenter. Et, précisément, la femme a très peu de colostrum.

L'expérience était plus facile à réaliser chez les animaux, la vache, par exemple, chez laquelle existe quelque chose de semblable à l'éclampsie chez la femme, nous voulons dire la « fièvre vitulaire ». — C'est ce qu'a fait Delmer. Delmer, dans sa thèse, assimile la fièvre vitulaire chez les animaux à l'éclampsie chez la femme. Et il s'appuie, pour le démontrer, sur plusieurs raisons qui sont : « l'époque de l'apparition de ces deux maladies, intimement liées à la gestation ou à la puerpéralité ; la similitude complète des symptômes cliniques observés au cours de l'évolution de ces maladies ; les propriétés toxiques particulières des humeurs de l'organisme ; la constance et l'identité des altérations anatomiques constatées au niveau de certains organes ; le parallélisme entre les hypothèses émises à diverses époques pour en expliquer la nature et la pathogénie ». — Il a au cours de ses travaux, recherché si le lait colostrum d'animaux atteints de fièvre vitulaire était toxique. Il a injecté du lait colostrum de vaches malades à deux autres vaches et à un lapin, et a, ainsi, déterminé, chez ces animaux d'expérience, des désordres (convulsions) semblables à ceux de l'animal malade, et la mort ensuite. Par d'autres expériences, inversement, il a démontré l'inocuité ou le peu de troubles produits par les injections intraveineuses de lait ou colostrum de femelles bovines non malades. Il eut été plus rationnel, semble-t-il, d'emprunter la voie d'absorption naturelle, la voie buccale, comme nous l'avons signalé plus haut.

Du reste, même si l'on ne veut pas tenir compte de semblables expériences, il est rationnel de penser, sans qu'il soit besoin d'admettre que le lait est toxique en lui-même, que le poison éclamptique soit capable de passer dans le lait maternel. La mamelle n'est pas seulement un organe

de sécrétion, mais aussi une voie d'excrétion, qui vient immédiatement après le poumon, l'intestin, la peau ; et nombre de substances médicamenteuses, ainsi que bien des toxines et antitoxines, comme sont venus le démontrer force travaux, s'éliminent par cette voie. Ce passage du poison éclamptique dans le lait, semble se faire particulièrement dans l'éclampsie post-partum. Dans les cas d'éclampsie de la grossesse ou du travail, l'accouchement amène la suppression de la toxémie. « Quand donc la sécrétion lactée s'est établie, la parturiente a eu déjà le temps d'évacuer une notable quantité de toxines par la débâcle urinaire qui marque l'arrêt des accidents. Au troisième ou quatrième jour, quand la mère, bien rétablie, commence à nourrir son enfant, le lait peut donc n'être plus toxique ou ne l'être que faiblement. Il n'en est plus de même quand l'éclampsie survient après la délivrance ; la débâcle toxique coïncide alors avec la montée laiteuse et, en fait, le nourrisson s'alimente à un émonctoire. »

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Dans ce chapitre, nous avons, pour plus de clarté, rapporté nos observations dans l'ordre suivant : d'abord, une première série de cas dans lesquels l'enfant et sa mère n'ont été suivis que durant les premiers jours après l'accouchement — on pourra mieux juger ainsi du pronostic immédiat — ; puis, une deuxième série d'observations dans lesquelles l'enfant et sa mère ont été surveillés pendant un ou plusieurs mois : on verra mieux, de la sorte, le pronostic à distance à envisager et chez la mère et chez le nourrisson. Dans chacune de ces séries, enfin, nous avons classé les observations d'après le moment où ont apparu les accidents : au cours de la grossesse, au cours du travail, au cours du post-partum.

A. — OBSERVATIONS AVEC PRONOSTIC IMMÉDIAT

1° Albuminurie grave et éclampsie au cours de la grossesse

OBSERVATION I (personnelle)

(Maternité de Bordeaux n° 431 — 1910)

Femme de 30 ans. Primipare. Entre à la maternité le 18 juin 1910. Elle est au huitième mois de sa grossesse.

Grossesse actuelle : Elle présente depuis 15 jours de la

dyspnée, a des troubles de la vue, la sensation de doigts morts, de la douleur épigastrique, des crampes dans les membres inférieurs. A l'examen, pouls légèrement hypertendu, bouffissure de la face, œdème des membres inférieurs. Infiltration des organes génitaux externes. L'examen des urines au Tanret montre de l'albumine en grande quantité.

Elle entre en travail, le 19 juin, à 11 heures du matin.

Le 20 juin, à 17 h. 20, on fait une application de forceps dans l'excavation et l'on extrait un garçon, en bon état, pesant 3460 grammes.

Délivrance naturelle, 20 minutes après l'accouchement.

L'enfant est nourri par sa mère.

	Poids	Lait absorbé (1 tétée)	Selles
2 ^e jour ...	3320 grammes.	.....	Méconium.
3 ^e — ...	3230 —	15 grammes..	—
4 ^e — ...	3170 —	25 —	jaunes.
5 ^e — ...	3220 —	30-40-50 gr...	—
6 ^e — ...	3290 —	50 grammes..	—
7 ^e — ...	 —	45-50 gr.....	—
8 ^e — ...	3390 —	.....	—

OBSERVATION 2 (personnelle)

(Maternité de Bordeaux n° 552 — 1915)

Femme de 21 ans. I pare. Entre le 2 octobre 1915.

Grossesse actuelle : pas de renseignement, c'est une espagnole.

Le 2 octobre : grande quantité d'albumine dans ses urines. Le 5 octobre, 6 accès d'éclampsie de 16 heures à 21 heures. Lavement au chloral, saignée, chloroforme, ponction lombaire. Cette dernière donne un liquide eau de roche avec : urée, 0,20 centigr. ; albumine, 0,12 centigr. ; glycose, 1 gr. 60.

Le 6 octobre, 2 nouveaux accès de 1 h. à 3 h. du matin :

lavement de chloral. Coma. La malade reprend connaissance le même jour à 10 heures du matin ; on lui administre une purgation à l'eau de vie allemande.

Accouchement : prématuré à 8 mois ; a lieu le 7 octobre, à 15 heures, après 6 heures de travail. Au cours de l'accouchement, œdème des grandes lèvres ; albumine en grande quantité dans ses urines. Délivrance naturelle. Suites de couches : l'albumine persiste encore le 6^e jour après l'accouchement. L'analyse des urines soigneusement faite le 13 octobre indique encore 18 gr. 50 d'urée, 0,20 centigr. d'albumine et présence de corps acétoniques.

L'enfant, une fille, née en bon état, pèse 2500 grammes. Elle est nourrie au sein par sa mère.

	Poids	Lait absorbé (1 tétée)	Selles
	—	—	—
4 ^e jour..	 grammes	30 grammes	Normales.
5 ^e — ..	2370 —	30 —	—
7 ^e — ..	2440 —	20 —	—
8 ^e — ..	 —	30 —	—
9 ^e — ..	2430 —	.....	—
10 ^e — ..	 —	30 —	—
11 ^e — ..	2450 —	40 —	—
12 ^e — ..	.... —	.....	—
13 ^e — ..	2550 —	80 —	—
14 ^e — ..	 —	70 —	—
16 ^e — ..	2620 —	40 —	—

La mère et l'enfant sortent le seizième jour en bon état.

OBSERVATION 3 (personnelle)

(Maternité de Bordeaux n° 108 — 1920)

Femme de 22 ans. I pare. Entre le 2 février 1920.

Grossesse actuelle : Dernières règles : du 19 au 23 mai 1919. Maux de tête fréquents. Pas d'examen d'urines avant son entrée dans le service.

A son entrée, 3 grammes d'albumine par litre dans les

urines. Elle a eu 6 crises d'éclampsie chez elle : une saignée lui a été faite ; on lui a donné un lavement de chloral. Arrive à la maternité, dans le coma. Elle a la face bouffie, congestionnée, traces de morsures à la langue. Elle a des vomissements abondants ; on lui administre une purgation qu'elle vomit aussitôt.

Accouchement : on met un ballon de Champetier pour hâter la dilatation, puis, on fait une application de forceps. On extrait une fille qui pèse 2450 grammes. Délivrance normale, le 3 février. Après la délivrance, la malade reprend connaissance. On lui donne une purgation et un lavement.

Examen des urines pendant les suites de couches :

Le 5 fév., 2 gr. d'albumine	Le 7 fév., 1 gr. d'albumine
6 — 2 — —	8 — 1 — —

Tension artérielle :

avant l'accouche-

ment.....	Mx 14	Mn 10	Indice 2	
après.....	— 13	— 8	—	1 1/2 le 3 février
	— 12-13	— 9	—	2 1/2
	— 13	— 8	—	2 1/2
	— 14	— 10	—	2 le 5 février
	— 12, 5	— 9	—	1 le 7 —
	— 12	— 8	—	1 1/2 le 10 —

L'enfant mis au sein perd 250 gr. du premier au quatrième jour.

	Poids	Lait (1 tétée)	Selles
4° jour ..	2200 grammes.	40 grammes.	
5° — ..	 —	35 —	
6° — ..	 —	10 —	
7° — ..	2000 —	.. —	jaunes verd.
9° — ..	1950 —	50 —	—
10° — .	 —	60 —	vertes.
11° — ..	2080 —	30 —	vertes.

Mère et enfant sortent le douzième jour, en bon état.

OBSERVATION 4 (personnelle)

(Maternité de Bordeaux, n° 267. — 1920)

Femme de 35 ans. III pare. Entre le 19 mars 1920.

Grossesses antérieures :

1^{re} Grossesse : normale, application de forceps.

2^e — avortement de 3 mois.

Grossesse actuelle : Elle a présenté, au début, des épistaxis et de la céphalée intense. Depuis le 6^e mois, à la céphalée persistante se sont ajoutés des troubles de la vue et de nouveaux épistaxis. Quelques pertes de sang pendant les 2 ou 3 derniers jours. 1 à 2 grammes d'albumine dans les urines.

Accouchement à terme et normal.

Délivrance naturelle. Placenta dégénéré, avec foyers hémorragiques.

Présence d'albumine après l'accouchement ; des analyses pratiquées successivement les 23, 25, 28 et 31 mars en décèlent encore.

L'enfant, une fille, est en bon état et pèse 1530 grammes. Elle est mise au sein.

	Poids	Selles
4 ^e jour...	1440 grammes.	Normales.
6 ^e — ...	1420 —	—
8 ^e — ...	1430 —	—
9 ^e — ...	1400 —	—
13 ^e — ...	1460 —	Verdâtres
15 ^e — ...	1560 —	—

L'enfant a été purgé le 20 mars.

Sortie : le 3 avril (16^e jour) en bon état.

OBSERVATION 5 (résumée)

(In thèse Iochkewitch n° 1373)

L..., 35 ans, entre à la clinique le 23 septembre 1898,

IV pare. Les trois autres grossesses ont été normales : enfants vivants actuellement en bonne santé.

Grossesse actuelle : D. R. fin décembre. L'examen des urines est fait pour la première fois le 23 septembre, on constate une notable quantité d'albumine. Le lendemain, malgré régime lacté, 2 accès d'éclampsie. Lavement de chloral. — Saignée. Les jours suivants, pas d'accès ; 3 gr. d'albumine. La température, de 38° 4 s'abaisse à 37°. — 2 grammes d'albumine, le 27.

Le 28, la malade entre en travail à 12 heures. Hémorragie ; on intervient et le même jour à 14 h. 15, on extrait une fille pesant 2400 grammes, née en état de mort apparente, mais facilement ranimée.

Délivrance naturelle. Injection de 500 grammes de sérum ; l'hémorragie cesse.

Le lendemain, traces d'albumine ; 2 jours après, elle a disparu.

L'enfant nourri par une nourrice d'abord, à cause de l'état de la mère, prend dès le quatrième jour, 30 à 40 gr. de lait par tétée ; puis il est allaité par sa mère seule qui lui donne environ 450 gr. de lait par jour.

Le lendemain de sa naissance, son poids descend à 2325 gr., puis :

3 ^e jour, 2340 grammes.	8 ^e jour, 2440 grammes.
4 ^e — 2380 —	9 ^e — 2475 —
5 ^e — 2400 —	10 ^e — 2500 —
6 ^e — 2400 —	11 ^e — 2540 —
7 ^e — 2425 —	

Il quitte l'hôpital en bon état avec sa mère, le onzième jour.

OBSERVATION 6 (résumée)

(In thèse Gamulin, n° 2)

I pare. A eu 7 crises d'éclampsie avant son accouchement. Accouche avant terme d'une fille qui pèse 1830 gr. A la

délivrance : placenta, avec foyers hémorragiques anciens et récents, pesant 580 gr.

L'enfant mis au sein reprend son poids de naissance le septième jour; il augmente quotidiennement de 71 gr. environ et le treizième jour, où il sort, il pèse 2340 gr. La mère présente, à la sortie, des traces d'albumine.

OBSERVATION 7 (résumée)

(In thèse Gamulin, n° 38)

I pare, âgée de 19 ans. Au cours de sa grossesse, œdème des membres inférieurs, céphalée, troubles de la vue; Albumine dans les urines. Présente trois accès d'éclampsie, 40 jours avant l'accouchement. Régime lacté. Accouchement prématuré, au sixième mois, d'une fille pesant 1340 gr. La mère est mise au régime lacté pendant 20 jours après son accouchement.

L'enfant mis au sein reprend son poids de naissance le quatrième jour; il augmente journellement d'environ 11 grammes et le vingt-neuvième jour, il pèse 1900 gr.

Disparition de l'albumine chez la mère.

OBSERVATION 8 (résumée)

(In thèse Gamulin, n° 117)

III pare, 39 ans. A présenté, au cours de sa grossesse, de l'œdème des membres inférieurs. Albumine dans ses urines. Régime lacté. Accouchement prématuré à 6 mois 1/2, d'une fille pesant 1850 gr. Accès d'éclampsie avant l'accouchement. Après celui-ci, l'albumine disparaît.

L'enfant a repris son poids de naissance dès le sixième jour. Il augmente journellement de 45 gr. environ et pèse 2210 gr. le treizième jour. Est nourri par sa mère.

OBSERVATION 9 (résumée)

(In thèse Gamulin, n° 132)

I pare, 17 ans. A présenté avant son accouchement, deux accès d'éclampsie. Accouchement d'un garçon pesant 3310 gr. Au régime lacté pendant six jours après ses couches. L'albumine a disparu à sa sortie.

L'enfant a repris son poids de naissance le cinquième jour ; il augmente de 13 gr. environ par jour et pèse 3400 gr. le dix-septième jour. Sein maternel.

**2° Albuminurie grave et éclampsie survenues
au cours du travail**

OBSERVATION 10 (personnelle)

(Clinique d'accouchement, n° 384. — 1910)

Femme de 23 ans, I pare. Entre le 26 décembre à la clinique.

Grossesse actuelle : œdème des membres inférieurs en permanence durant les quatre derniers mois de la grossesse. A son entrée, forte albuminurie.

Pendant le travail, la parturiente accuse un peu de fatigue, avec troubles de la vue, maux de tête violents. Grande quantité d'albumine dans les urines. Tension artérielle : Mx 24. Application de forceps. A ce moment là, première crise d'éclampsie, puis, deux nouvelles, au cours de l'intervention. On extrait une fille en médiocre état pesant 2640 grammes.

Après l'accouchement, les crises ont disparu. Tension artérielle : Mx 18.

L'enfant est mis au sein.

Poids	Poids
2° jour, 2400 grammes.	6° jour, 2430 grammes.
3° — 2300 —	7° — 2450 —
4° — 2350 —	8° — 2460 —
5° — 2400 —	

OBSERVATION 11 (personnelle)

(Clinique d'accouchement, n° 174. — 1919)

Femme de 25 ans. II pare. Entre à la clinique le 9 mai 1919 à 22 h. 30.

Première grossesse : normale. Enfant bien portant.

Grossesse actuelle : Le 20 avril, pas d'albumine dans les urines. — Le 9 mai, une sage-femme constate de la bouffissure de la face et de l'œdème des malléoles. Le même jour, à 17 heures, première crise d'éclampsie. Lavement de chloral. A 20 heures, deuxième crise. On amène la malade à l'hôpital ; troisième crise pendant le trajet ; arrive en période de crise ; albuminurie massive ; pouls 106 ; température : 37° 3 ; tension artérielle : Mx 19, Mn 11. Elle est en période de travail. Demi coma ; nouvelle crise quelques instants après.

Accouchement à 24 h. 40 ; placenta en état de dégénérescence albuminoïde, avec cotylédons décolorés et friables, pesant 435 gr.. Pouls, 116 ; température 38° 2. Cinquième crise à 2 h. 07 du matin.

L'enfant, venu au monde en mauvais état, pèse 1800 gr. Sein maternel.

Jours	Poids	Lait (1 tétée)	Jours	Poids	Lait (1 tétée)
2 ^e	 gr.	10 gr.	8 ^e	 gr.	60 gr.
3 ^e	1680 —	15 —	9 ^e	1760 —	.. —
5 ^e	1700 —	. —	11 ^e	1800 —	40 —
7 ^e	1740 —	40 —	13 ^e	1900 —	.. —

La mère et l'enfant sortent en bon état le treizième jour.

OBSERVATION 12 (personnelle)

(Clinique d'accouchement, n° 173 — 1921)

Femme de 20 ans. I pare. Entre le 25 mars 1921 à 22 heures.

Grossesse actuelle : diphtérie grave ; violentes douleurs lombaires, assez forte albuminurie à ce moment là.

Le 25 mars, vers 1 heure du matin, en même temps que les douleurs de l'accouchement, la malade éprouve une sensation de pesanteur au creux épigastrique, avec céphalée et brouillard devant les yeux ; elle urine très peu. Vers 16 heures, première crise d'éclampsie ; deuxième crise, une demie heure après. Les crises se renouvellent en se rapprochant jusqu'à 19 heures où elles deviennent subintrantes.

A son entrée, coma. Pouls plein, rapide. Tension artérielle : Mx 20, Mn 11, indice 3. On la sonde ; on recueille 100 c.³ d'urines. Albumine au Tanret ; vulve œdématiée. Application de forceps avec épisiotomie. On extrait un enfant, en bon état, pesant 3680 grammes.

Les suites de couches ont été normales. Température, 38°4, le quatrième jour.

L'enfant, mis au sein, ne pesait plus que 3100 gr. le cinquième jour. Puis,

7^e jour. 3220 grammes. Purgation le septième jour.

9^e — 3400 —

12^e — 3480 —

14^e — 3580 —

Mère et enfant sortent le quinzième jour, en bon état.

OBSERVATION 13 (personnelle)

(Maternité de Bordeaux, n° 434 — 1910)

Femme de 24 ans. I pare. Entre le 23 juin 1910 à 23 h. 40.

Grossesse actuelle : Est à terme. A présenté de la dyspnée d'effort, de l'œdème des membres inférieurs. Beaucoup d'albumine dans ses urines. Pas de régime lacté. A eu 7 accès d'éclampsie au début du travail qui a commencé chez elle. Lavement purgatif. Chloral. Température : 37° 7.

A son entrée, coma. 5 nouvelles crises. Application de forceps dans l'excavation. On extrait un garçon en état de mort apparente, mais assez facilement ranimé et pesant 3200 grammes.

Délivrance normale, 25 minutes après. Cotylédons dégé-

nérés ; pas d'hémorragie. Température 38° 7. Pouls : 128.
Purgation à l'eau-de-vie allemande.

L'enfant est mis au sein maternel.

Jours	Poids	Lait	Soins donnés	Température
—	—	(1 tétée)	—	—
1 ^{er} .	3200 gr.		Purgation.	
2 ^e .	 —		Bains aromatiques	
3 ^e .	2930 —	15 gr.	Lavement sérum.	
5 ^e .	2840 —	30 —	—	29 juin 37° 9
7 ^e .	 —	35 —	—	30 — 39°
8 ^e .	2800 —	40 —	—	1 ^{er} juillet 40° 38° 8
9 ^e .	... —	40 —	—	2 — 38° 36° 6
10 ^e .	... —	40 —	—	3 — 37° 6 36° 6
11 ^e .	2850 —	45 —	—	
13 ^e .	2970 —		—	
15 ^e .	3060 —		—	
16 ^e .	 —	55 —		
18 ^e .	3150 —			

OBSERVATION 14 (personnelle)

(Maternité de Bordeaux n° 840 — 1913)

Femme de 18 ans, 1 pare. Entre le 20 décembre 1913, à 23 h. 30.

Elle a accouché chez elle pendant un accès d'éclampsie, d'une fille pesant 2810 gr. et en bon état. — Amenée à l'hôpital, elle a un deuxième accès en route, puis un troisième en arrivant, suivi de quatre nouvelles crises avec coma de courte durée. — Saignée. — Lavement glycérimé ; puis, la débâcle urinaire se produit. Quelques traces d'albumine dans ses urines.

Durant les suites de couches, la quantité d'urines émises a été : le 23 décembre, 1500 gr. ; le 24, 1800 gr. ; le 26, un litre. Le 25 décembre, encore un peu de louche à l'analyse.

Température : 38° 4, le 8^e jour après ses couches ; 38° 2, le 9^e jour ; 38° 4, le 10^e jour ; 38° 3, le 11^e jour ; 37° 9, le 12^e jour.

L'enfant a été mis au sein.

	Poids.	Lait (1 tétée).	Selles
3 ^e jour	2620 gr.	.. gr.	Méconium.
4 ^e —	—	20 —	Jaunes.
5 ^e —	2640 —	—	—
7 ^e —	2640 —	70 —	Vertes.
8 ^e —	—	40 —	—
9 ^e —	—	50 —	Jaunes.
10 ^e —	2640 —	50 —	—
11 ^e —	2670 —	30 —	—
12 ^e —	—	20 —	—
13 ^e —	2600 —	20 —	—
14 ^e —	—	60 —	Vertes.
15 ^e —	2670 —	30 —	—

OBSERVATION 15 (personnelle)

(Maternité de Bordeaux, n° 208. — 1915)

Femme de 22 ans. I pare. Entre le 16 mars 1915.

Grossesse actuelle : pas d'analyse d'urines, durant la grossesse. Elle a eu huit accès d'éclampsie chez elle. A son entrée, le 16 mars à 15 h. 30, forte quantité d'albumine dans ses urines. Age de la grossesse, 8 mois 1/2.

Elle est en travail. Rupture des membranes à 15 h. 35. — Neuvième accès. — A 17 h. 10, dixième accès ; température 37° 6. Application de forceps ; on extrait un garçon pesant 2520 gr. — Quelques instants après, expulsion naturelle d'un deuxième garçon en état de mort apparente, pesant 1970 gr., qui est facilement ranimé.

Delivrance naturelle, 20' après. — A 18 h. 50, onzième accès ; température 36° 8. Suites de couches : température 37° 8, le troisième jour.

Urines : 2 jours après, présence d'albumine.

4	—	pas	—
7	—	grande quantité.	
9	—	petite	—

Les enfants, mis au sein, présentent les poids suivants :

<i>Premier enfant :</i>		<i>Deuxième enfant :</i>	
Poids	Lait (1 tétée)	Poids	Lait (1 tétée)
3 ^e jour, 2360 gr.	.. gr.	4 ^e jour, 2070 gr.	20 gr.
4 ^e — . . . —	30 —	5 ^e — . . . —	.. —
5 ^e — . . . —	40 —	6 ^e — 2100 —	55 —
6 ^e — 2400 —	. —	7 ^e — . . . —	30 —
7 ^e — . . . —	30 —	8 ^e — 2000 —	20 —
8 ^e — 2450 —	30 —		

Mère et enfants sortent le neuvième jour.

OBSERVATION 16 (personnelle)

(Clinique d'accouchement, n° 7 — 1918)

Femme de 20 ans. I pare. Entre à la clinique le 11 janvier 1918, à 11 h. du matin. Age de sa grossesse : 8 mois et demi.

Forte albuminurie. Administration d'un grand lavement. Purgation. Vers 21 h. 30 : première crise d'éclampsie. Application de forceps. On extrait un garçon, en bon état, pesant 2685 grammes.

Délivrance normale. Aussitôt après, 2 nouvelles crises. Lavement purgatif. Chloral.

Le 12 janvier, six autres crises. Même médication que précédemment. 3 grammes d'albumine dans les urines. Quantité d'urines émises : 2 litres.

L'enfant, est mis au sein. Le deuxième jour, il ne pèse plus que 2500 grammes. Puis :

3 ^e jour	2520 grammes	10 ^e jour	2690 grammes
4 ^e —	2600 —	12 ^e —	2620 —
5 ^e —	2640 —	13 ^e —	2600 —
6 ^e —	2690 —	14 ^e —	2560 —
7 ^e —	2690 —	15 ^e —	2560 —
8 ^e —	2700 —		

Sortie, en bon état, le 31 janvier.

OBSERVATION 17 (personnelle)

(Maternité de Bordeaux n° 272 — 1920)

Femme de 21 ans. I pare. Entre le 20 mars 1920, à 14 heures. Grossesse actuelle : elle a eu 4 crises d'éclampsie avant son entrée à la maternité. Urines fortement albumineuses. Grossesse à terme.

Dilatation manuelle, pour accélérer le travail qui est déjà commencé. Application de forceps. On extrait une fille, en état de mort apparente, pesant 3240 grammes ; elle est facilement ranimée. Nouvelle crise, pendant le travail. Délivrance artificielle. Surviennent 7 autres crises jusqu'à 23 heures. Purgation, lavement, saignée. La température varie de 36° 7 à 38° 5. Pouls 156.

Suites de couches :

	Température	Pouls	Albumine dans les urines
21 mars....	37°-36° 9	148	1 gramme 50
22 —	36° 9	104	albumine
24 —	37° 4	—	—
27 —	38° 2	—	—
28 —	—	—	—

L'enfant, est mis au sein et pèse :

5° jour 2820 grammes 10° jour 3060 grammes

OBSERVATION 18 (personnelle)

(Maternité de Bordeaux, n° 223. — 1921)

Femme de 19 ans. I pare. Entre dans le service le 19 mars 1921, à 15 h. 10. Dans ses antécédents, grippe en 1918.

Grossesse actuelle : D. R. : du 25 au 30 juin. Epistaxis fréquents. Elle a suivi le régime lacté, durant les 3 jours qui ont précédé son entrée.

A son arrivée, première crise d'éclampsie ; température,

36° 2 ; pouls : 112 ; tension artérielle : Mx 19, Mn 13,5 ; forte albuminurie ; céphalée intense ; troubles visuels ; coma ; saignée ; lavement ; purgation.

Comme elle est en travail, à 15 h. 30, le même jour, on met en place un ballon de Champetier ; à 20 h. 30, application de forceps ; on extrait un garçon en bon état, pesant 2220 gr. Albumine dans les urines au cours du travail : 7 à 8 gr. par litre.

Délivrance naturelle. A 21 heures, deuxième crise ; puis troisième crise ; coma ; température : de 36° à 37° 9 ; pouls : 92-130. La malade ne reprend connaissance que le lendemain.

Suites de couches :

Le 25 mars, 1 gr. 20 d'albumine dans les urines.

Le 2 avril, 0 gr. 85 — —

L'enfant est mis au sein.

Jours	Poids	Lait (1 tétée)	Jours	Poids	Lait (1 tétée)
2 ^e	2120 gr.	.. gr.	8 ^e	.. gr.	40 gr.
4 ^e	 —	30 —	10 ^e	1800 —	40 —
5 ^e	1940 —	.. —	12 ^e	1940 —	50 —
6 ^e	 —	40 —	16 ^e	1940 —	60 —
7 ^e	1910 —	.. —			

Purgation le premier jour.

Sortie, le 3 avril, en bon état.

OBSERVATION 19 (personnelle)

(Maternité de Bordeaux, n° 554. — 1921)

Femme de 21 ans. I pare. Entre le 3 août 1921.

Grossesse actuelle : Est à terme. A eu des vomissements au début de sa gestation.

Cinq crises d'éclampsie avant son entrée.

Le jour de son arrivée, application de forceps ; extraction d'un garçon bien portant, pesant 4070 gr.

Hémorragie abondante de la délivrance ; lavage intestinal ; purgation ; tension artérielle : Mx 19, Mn 12. Cinq nouvelles crises après la délivrance.

4 août, urines abond. et claires, 0,40 ctgr d'album.

5 — — — — 0,20 —

9 — — — — plus

La montée laiteuse s'est opérée chez elle, le quatrième jour : ascension de la tension artérielle, qui redescend le lendemain.

L'enfant est mis au sein.

Jours	Poids	(Lait 1 tétée)	Jours	Poids	(Lait 1 tétée)
3 ^e	3670 gr.	.. gr.	10 ^e	3900 gr.	70 gr.
4 ^e	 —	30 —	11 ^e	 —	60 —
6 ^e	3760 —	40 —	12 ^e	 —	70 —
8 ^e	3800 —	80 —	13 ^e	4050 —	.. —
9 ^e	 —	70 —			

Purgation le deuxième jour.

OBSERVATION 20 (résumée)

(In thèse Gamulin n° 31)

I pare. 22 ans. Pas d'albumine dans ses urines au cours de la grossesse. Accouche, prématurément, d'une fille qui pèse 2280 grammes. Placenta avec foyers hémorragiques anciens et récents.

L'enfant, qui a été mis au sein d'une nourrice, prend environ 25 grammes par tétée. Le 13^e jour, où il part. il pèse 2270 grammes.

Le mère avait présenté un accès d'éclampsie pendant l'accouchement. Après ce dernier, elle avait 0,25 centigrammes d'albumine dans ses urines.

OBSERVATION 21 (résumée)

(In thèse Gamulin n° 73)

I pare. 21 ans. Accouche à terme d'un garçon pesant 3170 gr.. Un accès d'éclampsie entre l'expulsion du fœtus et la délivrance. Placenta avec foyers hémorragiques récents.

L'enfant, mis au sein, augmente environ de 29 gr. par jour. Le 13^e jour, il pèse 3250 gr.. Il avait dépassé son poids de naissance le 10^e jour.

La mère présente encore 0, 50 centigr. d'albumine à sa sortie.

OBSERVATION 22 (résumée)

(In thèse Gamulin n° 78)

I pare 19 ans. OEdème des membres inférieurs et albuminurie au cours de sa grossesse. A suivi le régime lacté pendant les 15 derniers jours. Elle accouche à terme d'une fille pesant 2880 gr. Un accès d'éclampsie entre l'expulsion et la délivrance. Placenta avec foyers hémorragiques anciens et récents.

L'enfant, mis au sein, augmente de 31 gr. par jour, en moyenne. Le 12^e jour, il pèse 3050 gr.; il avait dépassé le poids de naissance le 6^e jour.

OBSERVATION 23 (résumée)

(In thèse Gamulin n° 128)

I pare. 17 ans. accouche à terme d'une fille pesant 2300 gr.. 1 accès d'éclampsie pendant l'expulsion.

L'enfant, mis au sein, augmente environ de 15 gr. par jour. Le dixième jour il pèse 2450 gr.

La mère a suivi le régime lacté pendant 6 jours après l'accouchement. Plus d'albumine.

OBSERVATION 24 (résumée)

(In thèse Gamulin n° 136)

1^{re} pare. 25 ans. Douleurs épigastriques, troubles de la vue au cours de sa grossesse. Pas d'analyse d'urines pratiquée. Accouche à terme d'une fille pesant 2800 gr. Une crise d'éclampsie entre l'accouchement et la délivrance.

L'enfant, mis au sein, augmente, en moyenne, de 14 gr. par jour. Le vingt-unième jour, il pèse 2920 gr.; il avait repris son poids de naissance le dixième jour.

La mère a suivi le régime lacté pendant 18 jours après l'accouchement ; elle part n'ayant plus d'albumine.

**3^e Albuminurie grave et éclampsie survenues
au cours du post-partum**

OBSERVATION 25 (personnelle)

(Clinique d'accouchement n° 346 — 1912)

1^{re} pare, 22 ans. Entre à la clinique le 10 août 1912.

Vertiges et céphalées au cours de la grossesse. Pas d'analyse d'urines.

A son entrée, albumine dans les urines. Wassermann +. Régime lacté ; l'albumine disparaît. Le 10 septembre, l'albumine réapparaît ; la malade ne suit pas son régime. Le 15, très forte albuminurie ; nuit agitée. La malade a des crises d'étouffement, pouls hypertendu et accéléré.

Le 16 septembre, application de forceps, on extrait un garçon en bon état, pesant 2690 grammes. Délivrance naturelle.

Vers les 10 heures du même jour, l'accouchée a une céphalée intense, avec persistance des troubles de la vue, et elle fait une crise d'éclampsie. Tension artérielle : Mx 14 —

Mn 12. — à 10 h. 20, deuxième crise : 3 à 4 grammes d'albumine dans les urines.

L'enfant est mis au sein, et pèse :

2 ^e jour	2550 grammes	8 ^e jour	2450 grammes
3 ^e —	2500 —	9 ^e —	2480 —
4 ^e —	2460 —	10 ^e —	2500 —
5 ^e —	2380 —	11 ^e —	2520 —
6 ^e —	2400 —	12 ^e —	2540 —
7 ^e —	2410 —		

OBSERVATION 26 (personnelle)

(Clinique d'accouchement n° 117 - 1918)

1 pare, 23 ans. Entre le 18 mars 1918. Présence d'albumine dans ses urines.

Accouchement normal, avant terme, (8 mois et demi). Traces d'albumine pendant le travail.

Après la délivrance, à partir de 11 heures du soir (18 mars), jusqu'au lendemain dans la journée, 15 crises d'éclampsie, suivies de coma. Température, durant ces crises, variant de 37° 3 à 38° ; pouls, de 102 à 140.

Le 19 mars, émission de 500 grammes d'urines avec 2 grammes d'albumine ; le 20 mars, plus d'albumine ; le 21, 2000 grammes d'urines ; le 22, même quantité.

L'enfant, une fille, pèse 2500 grammes à la naissance. Bon état. — Sein maternel.

	Poids	Soins prodigués
4 ^e jour	2380 grammes	
5 ^e —	2340 —	Frictions à l'alcool.
6 ^e —	2360 —	
7 ^e —	2340 —	Bains de tilleul, continués pendant les 5 jours suivants.
8 ^e —	2360 —	
12 ^e —	2280 —	
14 ^e —	2380 —	
15 ^e —	2380 —	

OBSERVATION 27 (personnelle)

(Maternité de Bordeaux, n° 107 — 1910)

I pare. 17 ans. Entre le 16 janvier 1910, dans le service.
Pas d'albumine dans les urines au cours de sa grossesse.
Accouchement normal d'une fille pesant 2810 gr., en bon état.

Une demi-heure après la délivrance, 15 accès d'éclampsie.
Température, au cours de ces crises, 36° 4-36° 8. Saignée.
Chloral.

Les urines, le 15 février, renferment encore 2 gr. 20 d'albumine et des cylindres granuleux ; le 16, plus que 50 centigr. d'albumine, avec quelques déchets épithéliaux.

L'enfant est mis au sein, et pèse :

3^e jour, 2610 grammes.

5^e — 2630 —

7^e — 2580 . —

8^e — 2610 —

Mère et enfant sortent le 22 février en bon état.

OBSERVATION 28 (personnelle)

(Maternité de Bordeaux, n° 237 — 1915)

I pare. 18 ans et demi. Entre le 28 mars à la Maternité.

Le jour de son entrée, aucune trace d'albumine dans ses urines.

Accouchement prématuré (8 mois) de deux filles jumelles, après 15 heures de travail. Délivrance naturelle.

Une heure après l'accouchement, 3 crises d'éclampsie à quelques heures d'intervalle, la température oscillant alors entre 38° 4 et 37° 8.

Le 29 mars, débacle urinaire ; les urines sont encore albumineuses. Température, durant les suites de couches, 36° 6-37° 8, le troisième jour ; 37° 7-37° 9, le quatrième jour.

1^{er} enfant : née en état de mort apparente, pèse 1870 gr.

Mise au sein.

Jours	Poids	Lait (1 tétée)	Soins prodigués
2 ^e jour.	1830 gr.	20 gr.	Frictions à l'alcool, avec
3 ^e —	 —	20 —	lavement de sérum 3 fois
4 ^e —	1770 —	20 —	par jour, pendant 4 jours.
5 ^e —	 —	20 —	Purgation les 28 et 31 mars.
6 ^e —	 —	20 —	
7 ^e —	1700		
11 ^e —	1700		

2^e enfant : née en bon état, pèse 2350 gr. Mise au sein.

Jours	Poids	Lait (1 tétée)	Soins prodigués
2 ^e jour.	2230 gr.	30 gr.	Frictions à l'alcool, avec
3 ^e —	 —	40 —	lavement de sérum 3 fois
4 ^e —	2220 —	30 —	par jour, pendant 4 jours.
5 ^e —	 —	20 —	Purgation les 28 et 31 mars.
6 ^e —	 —	20 —	
7 ^e —	2100 —		
11 ^e —	2220 —		

Sortie le 8 avril.

OBSERVATION 29 (personnelle)

(Maternité de Bordeaux n° 518 — 1919)

I pare. 21 ans. Entre le 13 septembre 1919.

Pas d'albumine dans les urines au cours de sa grossesse.

Accouchement à terme, le 22 du même mois. Légères traces d'albumine au cours de celui-ci.

Le lendemain, quatre crises d'éclampsie. Coma de courte durée. Saignée. Lavement. Purgation. Température 36° 9.

Le 24 septembre, 2 nouvelles crises.

L'enfant, du sexe féminin, né en bon état, pèse 2920 gr.

4 ^e jour	2950 grammes	11 ^e jour	3040 grammes
6 ^e —	3000 —	14 ^e —	3070 —
9 ^e —	2990 —	16 ^e —	3110 —

La mère, qui a donné le sein à son enfant, sort avec lui, le seizième jour.

OBSERVATION 30 (personnelle)

(Maternité de Bordeaux n° 827 — 1920)

I pare. 24 ans. Entre le 23 octobre 1920.

Fréquents épistaxis et douleurs de rein, au cours de sa grossesse.!

Le 20 octobre, 3 grammes d'albumine dans ses urines, avec des cylindres granuleux. Le 26 octobre, plus d'albumine.

La malade est à terme. Mais, comme elle a un bassin rétréci, on pratique chez elle, l'opération césarienne avant le début du travail, le 28 octobre. Pas d'albumine avant l'opération.

Quelques heures après l'opération, le 28, la malade a une première crise d'éclampsie, suivie de coma; puis, deux autres crises dans la suite. Présence d'albumine dans les urines. Saignée. Purgation.

Le 29 octobre, plus d'albumine.

L'enfant, un garçon, né en état de mort apparente, pèse 3020 grammes.

Il est mis au sein.

	Poids	Lait		Poids	Lait
	—	(1 tétée)		—	(1 tétée)
2° jour	...	20 gr.	16° jour	2900 gr.	..
3° —	....	30 —	17° —	....	70 —
4° —	2800 gr.	40 —	18° —	....	60 —
5° —	....	60 —	19° —	2790 —	80 —
6° —	...	60 —	20° —	....	50 —
7° —	2850 —	60 —	21° —	2830 —	80 —
9° —	2820 —	50 —	22° —	 —	70 —
12° —	2870 —	60 —	23° —	2820 —	80 —
14° —	2910 —	60 —	24° —	 —	80 —
15° —	....	70 gr.			

OBSERVATION 31 (personnelle)

(Maternité de Bordeaux n° 449 — 1921)

I pare. 24 ans. Entre le 21 juin 1921.

A noter, dans ses antécédents, la grippe en 1918.

Grossesse actuelle : présence d'albumine dans les urines.

Accouchement normal le 22 juin à 16 h. Délivrance naturelle.

Le 23 juin, 36 heures après l'accouchement, la malade a 7 crises d'éclampsie s'échelonnant entre 1 h. 15 et 3 h. 20. Le 24, tension artérielle très basse. Le 25, on trouve 0.18 centigr. d'albumine dans ses urines ; le 27, encore de l'albuminurie. Le 30, au soir, une hémiplegie s'installe, mais sa régression sera rapide.

L'albuminurie, qui a persisté jusqu'au 12 juillet, disparaît ce jour là. L'enfant, une fille, est né en bon état et pèse 2500 grammes. Son poids n'est plus au sixième jour que de 2480 grammes. Il est envoyé en nourrice le 30 juin.

OBSERVATION 32 (personnelle)

(Service d'isolement de Canolle n° 277 — 1920)

II pare. 27 ans.

Première grossesse : enfant mort.

Grossesse actuelle : albuminurie au cours de la grossesse.

Accouchement normal, le 19 août, d'une fille, en mauvais état, et pesant 2020 grammes.

L'accouchée entre dans le service, le 20 août, à 3 heures du matin. Le même jour, elle présente plusieurs crises d'éclampsie. Saignée. Purgation. Urines rares et louches. Température 37° 9.

L'enfant, qui a été mis au sein, ne pèse plus, le troisième jour, que 2000 grammes.

7^e jour 2050 grammes.

8^e — 2070 —

9^e — 2120 —

Mère et enfant partent le 11 septembre, en bonne santé.

OBSERVATION 33 (résumée)

(In semaine médicale 1911. De Bovis)

Il s'agit d'une accouchée qui est prise de crises éclamptiques le troisième jour qui suit ses couches. Elle tombe dans le coma et meurt. Son enfant, d'aspect florissant et pesant 3500 gr., est mis au sein deux heures avant que la mère ne fut prise de convulsions. La première tétée fut copieuse, car la montée laiteuse avait débuté pendant la nuit. Cinq heures plus tard, l'enfant a les extrémités des doigts violacées, les oreilles et les pieds froids. 2 heures après, il est froid, cyanosé, semi-comateux, respire mal ; il a le ventre ballonné, et présente quelques tiraillements musculaires du côté de la face. Au bout de 6 nouvelles heures, il meurt après avoir présenté une légère convulsion.

OBSERVATION 34 (résumée)

(In Semaine médicale, 1911 — De Bovis)

Il s'agit d'un cas d'éclampsie post-partum (32 heures après la délivrance) mais assez fugitive. Aussi, dès la montée laiteuse, au troisième jour, la mère put commencer à nourrir. 6 heures après cette première et copieuse tétée, l'enfant devint cyanosé, froid, respirant mal, le ventre ballonné.

OBSERVATION 35 (résumée)

(In Semaine médicale 1911 — De Bovis)

Il s'agit d'une parturiente, grande albuminurique, qui à

la fin du travail, n'eut qu'une ébauche convulsive. Au deuxième jour, elle se plaignait encore du mal de tête et d'appétence. Au troisième jour au matin, se sentant fort bien et étant très satisfaite de sa montée laiteuse, elle avait donné une tétée abondante à son enfant. Ce dernier se trouva très satisfait. Mais à la deuxième tétée, l'enfant fut trouvé assoupi, le teint plombé, les extrémités froides, la respiration faible et de légères contractures aux membres inférieurs. Le soir, il était cyanosé et mourait.

OBSERVATION 36 (résumée)

(In « Archives of pédiatrics » 1912 — Conway)

Il s'agit d'un enfant d'une semaine. Pas d'albumine dans les urines de la mère avant l'accouchement. Travail difficile, forceps. L'enfant était apparemment en bonne santé. Le deuxième jour après la délivrance, la mère eut une convulsion; albumine dans ses urines. Pas d'autres convulsions. Abondante montée laiteuse le troisième jour. L'enfant fut mis au sein, le deuxième jour. Pendant 24 heures, l'enfant eut le bout des doigts cyanosé et les pieds froids. Il continua à prendre le sein; l'état cyanotique continua. — Le deuxième jour de l'allaitement — le quatrième après les couches — les selles devinrent verdâtres et on nota un léger tiraillement musculaire du côté des yeux. L'état de la mère s'améliorant, on laisse l'enfant au sein. Le septième jour, l'état cyanotique s'était généralisé à la face et aux extrémités; respiration lente et superficielle; ventre légèrement ballonné; nystagmus et légères convulsions. Allaitement artificiel: mais les symptômes s'accrurent et l'enfant mourait en 2 jours, évidemment emporté par un état toxique.

OBSERVATION 37 (résumée)

(In « Archives of Pediatrics » 1912. — Conway)

Mère ayant eu de légères traces d'albumine dans les urines et quelques maux de tête avant l'accouchement. Elle a eu une convulsion immédiatement après la naissance de l'enfant. L'albuminurie a persisté, mais l'enfant fut mis au sein, car il y avait une abondante montée laiteuse. Une quinzaine de jours après la naissance de l'enfant, l'auteur rapporte avoir été appelé en consultation pour voir ce bébé de 2 semaines qui paraissait avoir une simple indigestion d'origine intestinale aiguë, de nature toxique, avec selles vertes, température élevée, pouls rapide et irrégulier, légère cyanose, demi coma. Impossible de recueillir de ses urines. On le sèvre. Allaitement artificiel au petit lait. Pas de convulsions, mais un léger tiraillement musculaire de la tête et des paupières apparut. Respiration superficielle et pénible. Ventre ballonné. Mort au deuxième jour.

OBSERVATION 38 (résumée)

(In « Bulletin de la Société d'obstétrique et gynécologie » 1913.
Bonnet Laborderie)

Jeune femme. 33 ans. III pare.

Première grossesse : œdème des membres inférieurs. Albuminurie intense. Accouchement d'une fille pesant 2250 gr. Le lendemain, accès d'éclampsie.

Deuxième grossesse : normale.

Grossesse actuelle : œdème, albuminurie au cours de celle-ci.

Accouchement normal d'une fille de moyen volume.

4 jours après, cinq grammes d'albumine dans les urines de la mère. Malgré sa faiblesse, l'accouchée donne le sein à son enfant qui paraît s'en contenter.

Le sixième jour des suites de couches, première crise d'éclampsie. Puis 4 accès coup sur coup. Chloral. Chloroforme. Purgation. Puis amélioration : o. 50 centigr. d'albumine seulement.

Lever le douzième jour. Essai d'allaitement mixte : mais la mère doit bientôt renoncer à donner le sein.

OBSERVATION 39 (résumée)

(In thèse Gamulin n° 12)

I pare, 29 ans. N'ayant pas présenté d'albuminurie au cours de sa grossesse. Accouche avant terme, d'un garçon pesant 2820 grammes.

Accès d'éclampsie après l'accouchement. Régime lacté pendant 18 jours.

L'enfant mis au sein pèse 2520 grammes le vingt-deuxième jour, ce même jour la mère n'a plus d'albumine.

OBSERVATION 40 (résumée)

(In thèse Gamulin n° 47)

II pare. A présenté, au cours de sa grossesse, des troubles de la vue, céphalée, épistaxis. Pas d'analyse d'urines, pas de régime lacté.

Accouchement avant terme (septième mois) d'une fille pesant 1520 grammes. Deux accès d'éclampsie après l'accouchement. Régime lacté pendant 15 jours. L'enfant augmente environ de 23 grammes par jour. Il sort le vingt-sixième jour et pèse 1780 grammes. Il avait dépassé son poids de naissance le 12^e jour.

OBSERVATION 41 (résumée)

(In thèse Gamulin n° 66)

I pare. 19 ans, OEdème des paupières et de la face ; troubles

de la vue, céphalée, douleur épigastrique, durant les derniers mois de sa grossesse.

Accouche à terme d'une fille pesant 2750 grammes, 3 accès d'éclampsie, le lendemain. Régime lacté pendant six jours. Plus d'albumine à la sortie.

L'enfant mis au sein augmente environ de 26 grammes par jour. Le dix-huitième jour, il pèse 3080 grammes. Il avait repris son poids de naissance le 5^e jour.

OBSERVATION 42 (résumée)

(In thèse Gamulin n° 77)

IV pare, 25 ans. Céphalée. Douleurs épigastriques, œdème des paupières et des jambes, accès d'étouffement au cours de sa grossesse. Albuminurie. Accouche à terme d'un garçon pesant 3580 grammes. Un accès d'éclampsie le lendemain. Régime lacté pendant 20 jours. Traces d'albumine, au départ.

L'enfant, mis au sein, augmente environ de 28 grammes par jour. Il pèse 4410 grammes le 26^e jour et a repris son poids de naissance le septième jour.

OBSERVATION 43 (résumée)

(In thèse Gamulin n° 86)

I pare, 21 ans. Accouche à terme d'un garçon pesant 2950 grammes. 5 accès d'éclampsie 24 heures après. Régime lacté pendant 6 jours. Plus d'albumine à sa sortie.

L'enfant pèse 2960 grammes le 12^e jour, et a augmenté de 29 grammes en moyenne par jour.

OBSERVATION 44 (résumée)

(In thèse Gamulin n° 126)

II pare, 40 ans. Vomissements graves, céphalée, troubles

de la vue, albuminurie au cours de sa grossesse. Régime lacté.

Accouche à terme d'un garçon qui pèse 3050 grammes. Accès d'éclampsie après l'accouchement. Régime lacté pendant 15 jours. Plus d'albumine à la sortie.

L'enfant pèse 3050 grammes le 16^e jour. Est nourri par sa mère.

OBSERVATION 45 (résumée)

(In thèse Gamulin, n° 135)

I père. 21 ans. Œdème des paupières et des membres inférieurs, céphalée, au cours de sa grossesse. Accouche avant terme d'une fille pesant 1510 gr. Accès d'éclampsie après la délivrance.

L'enfant, mis au sein, augmente environ de 24 gr. par jour. Il pèse 2050 gr. le vingt-huitième jour; il avait dépassé son poids de naissance le septième jour.

B. — OBSERVATIONS A PRONOSTIC A DISTANCE

**1^o Albuminurie grave
et éclampsie au cours de la grossesse**

OBSERVATION 46 (résumée)

(In le « Nourrisson » 1900. — Budin)

La nommée B..., est transportée à la Maternité, le 21 janvier 1895, ayant eu des attaques d'éclampsie. Accouche le 10 février, prématurément d'un enfant de 1430 gr.; elle l'allaita malgré la persistance de l'albumine jusqu'au 11 mai. La courbe de poids est parallèle à la courbe normale: le 3 août, elle atteignait 4800 gr.

OBSERVATION 47 (résumée)

(In le « Nourrisson » 1900. — Budin)

La femme A..., accouche le 28 février 1897. Œdème considérable, albuminurie intense. L'enfant pèse 2400 gr. Il est nourri par sa mère exclusivement au sein et sa courbe suit presque la ligne normale. Ce n'est qu'au bout de 3 mois que l'albumine disparaît. Le nourrisson pesait 5500 gr. le 14 août suivant.

OBSERVATION 48 (résumée)

(In le « Nourrisson » 1900. — Budin)

La nommée D..., accouche de 2 jumeaux le 7 septembre 1894. Œdème très marqué du corps qui persiste à la face pendant 1 mois. Le premier meurt. Le deuxième est allaité par sa mère. N'ayant pas tout à fait assez de lait, on ajoute un supplément de 200 grammes, puis 250, puis 350 gr. Malgré l'albumine qui persiste pendant 2 mois, l'enfant s'accroît d'une façon satisfaisante.

OBSERVATION 49 (résumée)

(In thèse Iochkewitch. — Paris 1898)

Femme ayant eu quatorze accès d'éclampsie avec coma avant son accouchement.

Accouche le 19 mai 1898 d'un enfant vivant pesant 2120 grammes.

L'enfant fut allaité par sa mère, et voici les poids successifs de cet enfant du 30 mai 1898 au 5 mai 1899.

1898		1898	
30 mai...	2270 grammes.	7 octobre	5730 grammes.
10 juin...	2450 —	4 nov...	6200 —
24 —	3000 —	2 déc....	6570 —
1 juillet	3200 —		
A cette date seulement la		1899	
mère n'a plus d'albumine		13 janvier	6800 grammes.
dans les urines.		3 février	6920 —
29 juillet.	4120 grammes.	10 mars..	7100 —
12 août...	4520 —	21 avril..	7580 —
9 sept...	5220 —	5 mai..	7650 —

OBSERVATION 50 (résumée)

(In thèse Iochkewitch. — Paris 1898)

III pare. 26 ans. A eu pendant sa grossesse, céphalalgie, œdème, douleurs épigastriques, urines très albumineuses.

Accouche spontanément le 2 février 1899, avant terme. L'enfant, du sexe masculin, pèse 2700 grammes ; il est bien constitué.

La mère nourrit son enfant. Celui-ci, après une descente de poids initial de 200 grammes, augmente ensuite de 25 grammes par jour en moyenne. Puis :

24 février	3130 grammes.	21 avril	4850 grammes.
3 mars	3370 —	5 mai	5260 —
31 —	4200 —	19 —	5600 —

OBSERVATION 51 (résumée)

(In « Archivs of Pædiatrics » Conway. — 1912).

Femme de 26 ans, ayant eu des traces d'albumine dans ses urines à la fin de sa grossesse. Délivrance sans forceps, après 8 heures de travail, et accouchement d'un enfant pesant 7 livres.

Le troisième jour, température de la mère légèrement

élevée ; signes de néphrite. On enlève l'enfant du sein et on lui donne un lait modifié. La mère continuant à s'améliorer en peu de jours, l'enfant est remis au sein pendant 4 jours, au bout duquel temps, l'albumine réapparaissant, on a recours au lait modifié. L'enfant n'allant pas très bien et l'état de la mère s'améliorant, on remet l'enfant au sein.

Deux mois plus tard, l'enfant présente une légère plaque d'érysipèle sur le front. Albumine dans les urines de l'enfant. Les plaques s'étendirent au front et aux joues, tandis que la quantité des urines diminuait et que l'albumine augmentait. Le quatrième jour de sa maladie, l'enfant fit du coma avec respiration lente et pénible et de la cyanose des extrémités. Pas de convulsions. L'enfant mourut le cinquième jour. On ne sait à combien remontait l'état néphritique avant l'examen.

2° Albuminurie grave et éclampsie au cours du travail

OBSERVATION 52 (inédite)

(Due à l'obligeance de M. Andérodias)

I pare. 24 ans. Pas d'albumine dans les urines, au début de la grossesse, malgré des analyses fréquentes et soigneusement faites. Vers 8 mois et demi, la parturiente va voir son médecin et se plaint d'avoir les jambes enflées et de ne pas se sentir très bien. Il lui est alors conseillé de faire pratiquer une nouvelle analyse d'urine, et, en attendant, de prendre une purgation et suivre le régime lacté. 48 heures après, M. Andérodias est mandé d'urgence auprès de sa malade qui vient d'avoir une crise d'éclampsie. A son arrivée, deuxième crise, puis une troisième. Comme elle est en travail, on fait une application de forceps et l'on retire un enfant vivant, en excellent état.

La mère n'eut pas d'autre crise ; malgré tout, ses urines renfermaient encore 1 gr. 50 à 2 gr. d'albumine après l'accouchement, et 3 semaines après, il y en avait encore.

Montée laiteuse médiocre. Néanmoins, l'enfant est mis au sein. Nécessité, pendant les premiers jours, de compléter les têtées qui sont insuffisantes. Cet allaitement mixte est continué pendant une quinzaine de jours. Mais, quoique l'enfant tire bien, et malgré tous les moyens employés pour activer la sécrétion lactée, les seins se tarissent peu à peu. Nécessité de recourir à l'allaitement artificiel. L'enfant n'en a pas souffert ; il s'est très bien développé par la suite et n'a présenté aucun trouble morbide.

OBSERVATION 53 (résumée)

(In « Revue de gynécologie et d'obstétrique de Paris ».

Andérodias 1910)

III pare. 35 ans. Premier enfant, il y a 13 ans, garçon bien portant. Deuxième enfant, mort à 7 ans de diphtérie.

Grossesse actuelle : vers le sixième mois, apparition de signes d'éclampsie avec crises convulsives frustes. Examen des urines négatif. Au septième mois et demi, apparition de l'albumine dans les urines, qui sont peu abondantes. Régime lacté. Diminution de l'albumine, qui augmente à nouveau 8 jours après, puis qui diminue encore légèrement les 3 jours suivants.

La malade entre en travail. Première crise d'éclampsie. Coma. Œdème généralisé. Deuxième crise au cours de l'examen. Chloroforme. Dilatation manuelle, Forceps. On extrait une fillette. Foyers hémorragiques anciens et récents au niveau du placenta. Saignée. Purgation. Diminution de l'albumine.

L'enfant qui ne pèse que 1600 grammes, est mis dans une couveuse Lion. On commence à lui donner un peu de lait stérilisé. Mais, vu l'amélioration rapide de l'état général de

la mère et la montée laiteuse normale, l'enfant est mis au sein. La mère peut le nourrir d'une façon satisfaisante. Au bout d'un mois, il est sorti de la couveuse et pèse 250 grammes.

Par la suite, cet enfant s'est très bien développé. Pas de troubles morbides.

3° Albuminurie grave et éclampsie au cours du post-partum

OBSERVATION 54 (résumée)

(In « Archives of Pediatrics ». — Conway A. Frost. 1912)

Il s'agit d'une femme qui n'a pas présenté d'albumine au cours de sa grossesse. Travail long et difficile. Forceps.

Une heure après la délivrance, la mère fut prise de convulsions et eut 2 autres crises pendant les 2 heures suivantes. Albumine et cylindres dans les urines. On n'essaie pas de donner le sein jusqu'à ce qu'une amélioration marquée se soit produite dans l'état de la mère, c'est-à-dire le sixième jour. Entre temps, les seins furent vidés au succi-pompe et l'enfant fut nourri au lait modifié. A la fin de la semaine, l'enfant fut mis au sein parce que l'état de la mère était redevenu normal.

L'enfant resta légèrement en dessous du pair et prouva qu'il digérait difficilement le lait de sa mère pendant environ un mois. A partir de ce moment, il commença à s'améliorer. Aucune lésion rénale ne fut jamais découverte et les urines parurent normales.

OBSERVATION 55 (inédite)

(Dûe à l'obligeance de M. Balard)

Il s'agit d'une I pare qui, après une grossesse et un accou-

chement normaux, est prise, 3 heures après celui-ci, d'éclampsie du post partum. Elle a cinq crises, suivies d'une période de coma durant 18 heures. Saignée.

L'enfant est mis au sein le cinquième jour ; la mère a, en effet, ce jour-là, une forte montée laiteuse. Du deuxième au cinquième jour, on vide les seins au succi-pompe quatre fois par jour.

Nous n'avons pas de détails concernant le poids de l'enfant durant les premières semaines ; mais à la septième semaine, il accuse un poids de 3760 gr.. Depuis ce jour-là, son poids n'a fait que progresser et suivre parallèlement, la courbe normale d'augmentation en poids.

Voici les divers poids obtenus :

Semaines	Poids	Semaines	Poids
13 ^e (III mois)	4840 gr.	43 ^e (X mois)	7660 gr.
16 ^e	5040 —	45 ^e	7850 —
18 ^e	5240 —	47 ^e	7960 —
28 ^e	6240 —	49 ^e	8200 —
30 ^e	6560 —	53 ^e	8160 —
32 ^e	6640 —	55 ^e	8300 —
38 ^e	7500 —	57 ^e	8400 —
42 ^e	7660 —		

L'enfant a été mis à l'allaitement mixte, à partir du dixième mois, comme cela doit se faire normalement.

Comment, d'après ces observations, ce sont comportés mères et enfants, au cours de l'allaitement au sein : c'est là une question intéressante qu'il nous reste à examiner.

A. — EN CE QUI CONCERNE L'ENFANT

Nous verrons : 1^o) si l'enfant a présenté des troubles im-

putables au lait maternel, si, par conséquent, ce dernier ne lui a pas été nuisible ; 2°) s'il s'est développé d'une façon satisfaisante et dans quelle mesure il a prospéré.

1° Troubles divers observés chez l'enfant.

Si nous passons en revue les observations d'éclampsiques au cours de la grossesse ou du travail et la plupart de celles du post-partum, nous ne notons rien de bien particulier, sinon quelques troubles passagers du côté de la température et des selles ; nous reviendrons ultérieurement sur ces dernières.

Par contre, chez des enfants nés de mères ayant présenté de l'éclampsie au cours du post-partum, nous relevons divers troubles, identiques dans tous les cas, (obs. 33, 34, 35, 36, 37), — cyanose, hypothermie, convulsions, ballonnement du ventre, — suivis de mort à bref délai. Certains auteurs ont voulu voir, dans ces troubles, une preuve en faveur de la toxicité du lait. C'est chose possible, mais qu'à eux seuls, ils aient entraîné la mort, nous ne le pensons pas. Il faut se rappeler, en effet, que l'on a noté, chez de semblables enfants, une insuffisance des émonctoires (foie, reins). Si donc, le lait maternel a introduit, dans leur organisme, des produits toxiques qui ont amené, chez ces enfants, une issue fatale, il faut plutôt attribuer cette dernière à la défaillance des émonctoires qui n'ont pu, de ce fait, éliminer les principes toxiques accumulés. Du reste, l'on sait aussi que les enfants d'éclampsiques peuvent mourir de convulsions, en dehors de toute question d'allaitement. De ce que les convulsions n'ont éclaté qu'au cours du post-partum chez la mère, cela ne prouve pas que celle-ci ne fut pas en état d'éclampsisme et que son enfant ne fût pas intoxiqué. Le lait a pu ajouter son action néfaste, mais il n'explique pas seul les accidents rapportés. Il ne faut donc pas, dans ces cas d'éclampsie post-partum, interdire l'allaitement maternel, mais bien prendre certaines précautions dans la conduite de ce dernier.

A noter, également, un cas d'érysipèle, (obs. 51) survenu, au deuxième mois, chez un enfant dont la mère a fait de l'albuminurie au cours de la grossesse et de la néphrite aïgue au troisième jour de ses suites de couches, et que l'auteur semble attribuer au lait toxique de la mère. Attribuer un tel trouble au lait maternel est chose qui ne peut que nous surprendre, car l'on sait bien que l'érysipèle est dûe au streptococque. D'autre part, l'albumine constatée, chez l'enfant, dans ce cas, peut très bien avoir pour cause l'érysipèle lui-même ; la néphrite est, en effet, souvent observée dans cette affection. L'auteur ne sait à quelle époque remontait cet état néphrétique chez l'enfant ; peut-être existait-il avant. Dans ce cas, évidemment, l'érysipèle est venu aggraver la lésion rénale déjà existante et la mort de l'enfant doit encore être attribuée, ici, à une insuffisance rénale ; ce qui vient, du reste, confirmer les idées émises par Arnozan et que nous avons relatées dans un chapitre précédent.

Si, enfin, nous établissons le pourcentage des morts dans les cas d'éclampsie post-partum, nous voyons que sur 24 enfants, dont nous avons relaté l'observation, 5 seulement ont succombé.

Il résulte, donc, de tout ce que nous venons de dire, que, en somme, le lait de la mère n'a pas été nuisible à son enfant.

Voyons, à présent, dans quelle mesure, ce dernier a prospéré.

2° Développement de ces enfants

On sait qu'il existe plusieurs signes permettant de reconnaître qu'un enfant profite. Ce sont, entr'autres, l'habitus extérieur, l'état des sutures et des fontanelles ; ce sont également la nature et la fréquence des selles, ainsi que l'augmentation de son poids, qui, dans les cas favorables, doit être suffisante et régulière. A défaut d'autres données,

ce sont uniquement sur ces dernières, (selles et poids) que nous nous baserons.

a) *POIDS.*

Marfan, et d'autres auteurs avec lui, admettent qu'un nouveau-né normal, subit, dans les 3 ou 4 premiers jours après sa naissance, une perte de poids variant de 100 à 300 grammes ; qu'à partir du troisième ou quatrième jour, il reprend du poids et qu'il atteint son poids de naissance du 5^e au 10^e jour. Il faut, en pratique, pour être satisfait de son développement, que, sa chute de poids terminée, le nouveau-né accuse une augmentation quotidienne de 30 grammes en moyenne, durant les premiers mois ; puis, que vers le 6^e mois, il ait doublé son poids de naissance et qu'il l'ait triplé vers le 12^e mois.

Mais, il est, disons-le tout d'abord, plusieurs causes, tenant tant à la mère qu'à l'enfant, qui peuvent avoir une action défavorable sur le développement pondéral de ce dernier. Il est admis, en effet, qu'en général les primipares sont moins bonnes nourrices que les multipares et que, parmi celles-ci, celles qui ont déjà allaité, sont meilleures nourrices que celles qui ne l'ont jamais fait. Il est admis également, qu'un enfant né avant terme et chétif profite moins que celui qui est né à terme et normalement développé, durant tout au moins les premiers mois ; qu'il a une chute de poids de plus longue durée et qu'il ne reprend que plus tard son poids de naissance.

Or, toutes ces causes, nous les retrouvons ici. Sur 44 femmes, en effet, dont la parité a été notée, nous avons 32 primipares et 12 multipares. D'autre part, sur 46 enfants dont le poids de naissance a été signalé, nous retrouvons :

10	enfants de 3000 gr. et plus ;
16	— 2500 à 3000 gr.
9	— 2000 à 2500 gr.
11	— , au dessous de 2000 gr.

Ces considérations étant établies, voyons : 1° la perte moyenne de poids, et quand s'est produit le maximum de la chute, aussitôt après la naissance ; 2° la date à laquelle le poids de naissance a été atteint ; 3° l'augmentation moyenne et quotidienne de poids observée, durant les premiers jours, durant plusieurs mois.

1° Perte de poids aussitôt après la naissance.

Sur 25 enfants, dont les poids ont été suivis régulièrement jusqu'à la chute initiale et maximum, nous voyons que : 2 d'entr'eux n'avaient subi aucune diminution de leur poids de naissance, et que les 23 autres avaient eu une diminution moyenne de 247 gr., et ceci dans un laps de temps de 5 jours en moyenne.

2° Date moyenne à laquelle a été atteint le poids de naissance.

Sur 41 enfants dont les poids ont été assez soigneusement notés pendant les premiers jours, nous trouvons 22 enfants ayant atteint leur poids de naissance au 8^e jour ; quant aux 19 autres, ils ne l'avaient pas encore repris vers le 20^e jour environ.

3° Augmentation moyenne et quotidienne de poids.

a) Durant les premiers jours.

Sur 38 enfants ayant subi une augmentation de poids, nous trouvons qu'ils ont, en moyenne, augmenté de 25 gr. par jour.

b) au 6^e mois et au delà.

Ils ont tous, en général, d'après nos observations, une courbe de poids parallèle à la courbe normale.

b) SELLES.

Elles sont normales, dans la majorité des cas. A noter, cependant, dans quelques observations, des selles vertes, qu'il faut, pensons nous, attribuer, sans doute, à une prise excessive de lait (60 gr.) dans ces jours-là. Du reste, elles n'ont été que très passagères. Et puis, même si ce fait était plus fréquemment constaté, cela serait la seule marque que, peut-être, ce lait n'est pas parfait.

En résumé, malgré les conditions particulières dans lesquelles la plupart naissent, ces enfants prospèrent d'une façon très satisfaisante et ne peuvent que bénéficier de l'allaitement maternel.

B. — EN CE QUI CONCERNE LA MÈRE

1° Albuminurie.

La question primordiale est de savoir si l'allaitement a été néfaste à la mère. Or, la meilleure façon d'en juger est de rechercher ce qui s'est passé du côté de son albuminurie. Cette dernière a-t-elle été aggravée ?

Sur 47 femmes, dont les urines ont été analysées : dans aucun cas, cette albuminurie n'a été aggravée ; dans 18 cas, l'albumine a disparu, soit dans les premiers jours des suites de couches, soit au moment de la sortie du service ; dans 4 cas, elle n'a disparu que vers le deuxième ou troisième mois après l'accouchement. Dans 16 cas, il y avait encore, à la sortie, soit des traces d'albumine (7 cas), soit 0,25 à 0,30 centigr. en moyenne (9 cas) ; dans la plupart de ces cas, l'albumine était en voie de disparition. Dans 9 cas, enfin, l'analyse des urines n'a pas été signalée comme ayant été faite au cours du post-partum ; preuves peut-être, qu'il existait une très faible quantité d'albumine ou qu'il n'y en avait plus du tout.

2° Sécrétion lactée.

Quant à la sécrétion lactée, on constate que, parfois, il y a une légère diminution de cette sécrétion. Mais, cette hypogalactie n'est, le plus souvent, que passagère. La mère, d'une part, se relevant, l'enfant, d'autre part, prenant des forces, on voit cette sécrétion lactée devenir normale par la suite et même à brève échéance.

Ainsi, donc, dans la majorité des cas, la mère a pu allaiter son enfant, sans préjudice pour elle. Néanmoins, nous ferons remarquer que, dans 4 cas, cet allaitement a dû être interrompu d'une façon définitive à cause de l'état de la mère : hémiplegie au huitième jour du post-partum (obs. 31) : grande fatigue de la mère qui ne peut continuer à donner le sein (obs. 38) ; hypogalactie (obs. 52). Dans un cas (obs. 20), il a été suspendu pour une raison qui ne nous est pas signalée et l'enfant a été envoyé en nourrice. Dans deux autres cas, enfin, cet allaitement n'a été suspendu que d'une façon passagère ; dans l'un deux (obs. 51), la mère a présenté des signes de néphrite aiguë au troisième jour de ses suites de couche ; dans l'autre (obs. 54), on a attendu, pour mettre l'enfant au sein, que l'amélioration dans l'état de la mère se fut produite.

Malgré ces quelques cas signalés, où il y a eu des difficultés du côté de l'allaitement, devrait-on défendre à une mère albuminurique grave ou éclamptique de donner le sein à son enfant ? Non, nous ne le pensons pas, car mère et enfant ont tout bénéfice à retirer de cet acte physiologique qu'est l'allaitement.

CHAPITRE IV

CONDUITE A TENIR

A la lumière de ces faits, quelle ligne de conduite conviendra-t-il de suivre, en ce qui concerne l'allaitement, dans le cas d'albuminurie grave ou d'éclampsie? En principe, elle variera suivant le moment d'apparition des accidents graves en rapport avec ces deux affections.

1° Cas où les accidents sont survenus au cours de la grossesse.

Dans ce cas, l'accouchement fait, tout danger sera, en général, écarté, d'autant plus que les accidents auront été plus antérieurs à l'accouchement. Dès la montée laiteuse, ou même avant, par conséquent, on pourra mettre l'enfant au sein, sans aucun préjudice ni pour lui-même ni pour la mère.

2° Cas où les accidents sont survenus au cours du travail ou de la grossesse.

En général, la désintoxication de l'organisme maternel aura eu le temps de se produire avant la montée laiteuse, et l'allaitement par la mère deviendra possible. Dans le cas contraire, il faudrait attendre que celle-ci ne fut plus en menace d'accidents, et, entre temps, mettre en œuvre les moyens propres à la désintoxiquer rapidement; de plus, on viderait ses seins, de façon à maintenir la sécrétion lactée

et, aussi, à soustraire les toxines qui pourraient se trouver dans le lait.

3° Cas où les accidents sont survenus au cours du post-partum.

Si les accidents surviennent dans les premières heures du post-partum, il sera bien rare que, comme plus haut, on ne puisse, également, permettre l'allaitement au sein. Malgré tout, on devra s'assurer que les accidents sont terminés; si non, on adopterait la même façon de procéder que dans le cas précédent.

Le problème devient plus délicat lorsque les accès ne se produisent que plus tard, vers le deuxième, troisième jour (cas rares). Dans de tels cas, certains indices nous auront permis, cependant, de nous rendre compte que la mère était menacée d'accidents : présence d'albumine dans la majorité des cas : excrétion urinaire diminuée ; hypertension artérielle (maxima et minima). Nous devons, alors, nous tenir sur nos gardes et instituer une thérapeutique énergique pour dissiper ces troubles, avant de permettre à la mère d'allaiter son enfant.

Ainsi, donc, une surveillance attentive de la mère s'impose. On établira une courbe évolutive de la quantité d'urines émises, du taux de l'albumine, du pouls, de la température, de la tension artérielle (Mx et Mn). Tant que la débacle urinaire ne se sera pas produite, qu'il n'y aura pas eu abaissement progressif de la tension artérielle, c'est que l'intoxication maternelle persiste : on ne permettra pas l'allaitement au sein. Par contre, dès que la diurèse se sera produite, que le taux de l'albumine aura baissé, que la tension artérielle sera redescendue vers la normale, témoignant de la fin des accidents, on permettra l'allaitement maternel.

Pour hâter la fin des accidents, c'est à une thérapeutique de désintoxication que l'on aura recours. On donnera une purgation, on favorisera la diurèse. Enfin, on mettra la

femme au régime lacté. Les accidents terminés, même l'enfant mis au sein, on continuera ce régime lacté, tant que l'albumine persistera dans les urines. On se souviendra, cependant, que ce régime ne doit pas être maintenu pendant trop longtemps, car d'une part, il favorise et entretient l'hypogalactie, et, d'autre part, on peut observer, chez la mère, un fléchissement léger du cœur, se traduisant par un abaissement de la Maxima, la Minima restant normale : signes d'affaiblissement de l'organisme maternel. On pourra, alors, avoir recours au régime lacto-végétarien, pour revenir, ensuite, si besoin était, au régime lacté absolu.

Quant à l'enfant, tant que sa mère sera sous la menace d'accidents, il sera mis au sein d'une autre nourrice, de préférence, ou, à défaut de nourrice, à l'allaitement artificiel ; ce dernier est, souvent, mal supporté.

D'autre part, nous avons vu que les enfants d'éclampsiques peuvent présenter des accidents de même nature que ceux de leurs mères. Par conséquent, pour eux, comme pour celles-ci, on devra exercer une surveillance attentive. On notera s'ils présentent de l'albumine dans les urines, s'ils font de la température ; on prendra leur tension artérielle. Normalement, celle-ci doit présenter une marche régulièrement croissante. Si elle reste en plateau ou même baisse légèrement, c'est que leur organisme est intoxiqué. D'où, on fera chez eux, également, une thérapeutique de désintoxication ; on les mettra à la diète hydrique, on les purgera et on facilitera la diurèse.

Une fois l'allaitement commencé par la mère, celle-ci pourra, dans la majorité des cas, comme nous l'avons vu, nourrir son enfant sans inconvénient. Dans le cas où elle n'aurait pas assez de lait, on ferait, évidemment, de l'allaitement mixte, en se rappelant qu'au bout d'un temps plus ou moins long, la sécrétion lactée peut devenir normale. Dans le cas où elle ne pourrait pas allaiter du tout, malgré

tous les moyens mis en œuvre pour exciter la sécrétion lactée, ou bien dans le cas où elle devrait, pour une raison sérieuse, cesser de donner le sein, c'est, comme nous en avons parlé plus haut, au lait d'une autre femme que l'on aurait recours, de préférence à l'allaitement artificiel.

CONCLUSIONS

1°. — De l'ensemble des faits que nous avons rapportés, il résulte donc que, dans la majorité des cas, l'albuminurie grave et l'éclampsie ne constituent pas une contre indication à l'allaitement maternel.

2°. — En dehors de faits exceptionnels, l'allaitement, en effet, ne paraît pas influencer défavorablement l'état rénal de la mère. Il faut toujours compter, cependant, sur un retard dans la montée laiteuse et sur une hypogalactie passagère due à la médication et au régime employés (saignée, purgatif, diète hydrique), régime suivi plus ou moins longtemps.

3°. — Si, en théorie, le lait des éclamptiques peut être toxique pour l'enfant (surtout quand il s'agit d'éclampsie du post-partum), pratiquement, dans les conditions cliniques habituelles, l'enfant n'étant mis au sein que 24 heures après l'accouchement, et, en tout cas, quelques heures après les manifestations convulsives, après avoir préalablement vidé les seins avec un tire-lait, il est bien exceptionnel de voir se produire des incidents. Les cas de convulsions rapportés par certains auteurs s'expliquent naturellement par l'action directe de la toxémie maternelle sur le fœtus, sans qu'il soit besoin d'invoquer l'influence de l'allaitement.

L'hypogalactie de la mère entraîne parfois, au début, un retard dans l'augmentation pondérale de l'enfant, mais, rapidement, au bout de quelques semaines, on note un développement suffisant.

4°. — Quoiqu'il en soit, l'allaitement ne sera autorisé que sous le couvert d'une surveillance médicale stricte de la mère et de l'enfant. Du côté de la mère, on ne permettra l'allaitement qu'après la débâcle urinaire et la chute des valeurs de la tension artérielle, témoignant ainsi de la désintoxication de l'organisme.

L'état de l'enfant sera également suivi de près, grâce à l'examen de ses urines et à la prise en considération de la courbe évolutive des valeurs de la tension artérielle. Si cette courbe, en effet, reste en plateau au lieu de suivre son ascension physiologique habituelle, on devra redouter des accidents et les prévenir par la diète hydrique et une purgation.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

D^r MAURICE RIVIÈRE.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 10 avril 1923.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDÉRODIAS. — Article nouveau-né et nourrisson. *Pratique des maladies des enfants*, 1909.
- Crises convulsives frustes ayant précédé de quelques jours des attaques d'éclampsie bien caractérisées. *Revue mensuelle de gynécologie, obstétrique et pédiatrie*, février 1910.
- AUDEBERT et ARNOZAN. — Albuminurie des nouveau-nés. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1896.
- ARNOZAN. — Pronostic des albuminuries. *Journal de médecine de Bordeaux*, septembre 1896.
- BAILLEUL. — Contre indications de l'allaitement maternel. Thèse Paris, 1908.
- BALARD. — Les applications obstétricales de l'oscillométrie. *Journal médical français*, 1919.
- Les données oscillométriques de l'albuminurie gravidique et de l'éclampsie. *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, mai 1921.
- La tension artérielle et l'oscillométrie chez le nouveau-né. *Nourrisson*, septembre 1921.
- La tension artérielle en obstétrique (Mémoire inédit honoré par la Société de médecine de Bordeaux du prix Jean Dubreuil), 1921.
- BAR. — Articles sur les lésions du foie et des reins chez les éclamptiques et leurs enfants. *Leçons de pathologie obstétricale*.
- BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements, 1914.
- BAR et GUYEISSE. — Lésions hépatiques et rénales dans l'éclampsie. *Semaine médicale*, 1897.
- BOISSART. — Le pronostic chez les éclamptiques. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, Paris 1911, XXV.

- BONNET-LABORDERIE. — Accès d'éclampsie observés chez deux accouchées, à quelques heures d'intervalle. *Bulletin de la Société d'obstétrique et gynécologie*, 1913.
- BOVIS (de). — Les mères éclamptiques doivent-elles nourrir leur nouveau-né ? *Semaine médicale*, 1911.
- BUDIN. — *Le Nourrisson*, 1900.
- BUDIN et CHAVANNE. — *Société d'obstétrique de Paris*, mars 1900.
- BUDIN et DEMELIN. — *Manuel pratique d'accouchement et d'allaitement*, 1904.
- CHAMBRELENT et CASSAËT. — Des lésions du fœtus dans l'éclampsie puerpérale. *Bulletin de l'académie de médecine*, 1895 et *Congrès de gynécol. et d'obstétrique de Bordeaux*, 1895.
- CIER. — Contribution à l'étude de la mort chez les femmes éclamptiques et leurs enfants. Thèse Paris, 1906-07.
- CONWAY A. FROST. — Le lait des mères éclamptiques est-il toxique ? *Archiv. of Pediatrics*, n° 1, 1912.
- COMMANDEUR. — *Société des Sciences médicales de Lyon*. Nov. 1900.
- CORDIER. — Des grossesses répétées chez les albuminuriques. Thèse Paris, 1904.
- DELMER. — Contribution à l'étude de l'éclampsie vitulaire. Ses rapports avec l'éclampsie puerpérale de la femme. Thèse Paris, 1904.
- DERESSE. — Des causes qui empêchent les femmes d'allaiter. Thèse Paris, 1914.
- DESIGNOLLES. — Contribution à l'étude de la sécrétion lactée et de l'allaitement dans les maladies aiguës chez les nourrices. Thèse Paris, 1919.
- DIEUST. — « Etudes critiques sur la pathogénie de l'éclampsie d'après les observations anatomiques et les résultats des recherches hématologiques faites sur les éclamptiques et leurs nouveaux nés ». Résumé in *Semaine Médicale*, 1902, page 291.
- DUBRISAY et JEANNIN. — *Précis d'accouchement*, 1915.
- DUMAS. — L'albuminurie chez les femmes enceintes. Th. d'agrégation, Paris 1880.
- ETCHEVERS. — La tension artérielle dans la montée laiteuse. Thèse Toulouse, 1913.
- FABRE. — *Précis d'obstétrique*, 1910.

- FUSS-ALTER (Mme). — Sur la montée laiteuse. Thèse Paris, 1913.
- GAMULIN. — De l'allaitement chez les albuminuriques. Thèse Paris, 1896.
- GAUCHON. — Du pronostic chez les éclampsiques. Th. Paris, 1913.
- GUNDOBIN. — L'albuminurie des nouveaux nés. *Archiv für Kinderheilk*, 1907.
- GRULEE. — L'éclampsie de la mère comme cause de néphrite précoce chez l'enfant. *Archiv of Pédiatries*, 1907.
- IOCHKIEWITCH. — Contribution à l'étude de l'allaitement chez les albuminuriques. Thèse Paris, 1898.
- JEANNIN et GUÉNIOT. — *Thérapeutique obstétric. et gynécol.* 1913.
- LACHAPELLE (Mme de). — *Pratique des accouchements*, 1825, tome III.
- MARFAN. — *Traité de l'Allaitement*, 1920.
- MARSAUDON. — Contribution à l'étude du pronostic éloigné de l'éclampsie. Thèse Bordeaux, 1920.
- MASSONE. — Albuminurie puerpérale et allaitement. *Gazetta Ital. de la Levatrici*, 1916.
- MOUSSOUS. — Etat des reins chez les enfants de femmes éclampsiques. (Compte rendu de la Société anatomique de Bordeaux). *Journal de médecine de Bordeaux*, 1889.
- NOBÉCOURT. — *Conférences pratiques sur l'alimentation des nourrissons*, 1912.
- PÉRRET. — De l'albuminurie chez le nouveau-né. Thèse Paris, 1897.
- PINARD. — *Clinique obstétricale*, 1899.
- RENAUT. — L'albuminurie chez l'enfant. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1897.
- RIBEMONT, DESSAIGNES et LEPAGE. — *Traité d'obstétrique*, 1914.
- ROUVIER (Jules). — *Traité pratique d'obstétrique normale et de puériculture*, 1921.
- SPOLVÉRINI. — L'albuminurie maternelle et allaitement. *Revue d'hygiène et de médecine infantile*, 1908.
- TARNIER et BUDIN. — *Traité de l'art des accouchements*, 1901.
- TREGOUËT. — De l'allaitement pendant les suites de couches pathologiques. Thèse Paris, 1901.
- TROUSSEAU. — *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*. Tome II, 1873.

VARIOT. — *La puériculture pratique*, 1921.

— Les obstacles à l'allaitement maternel *Revue générale d'obstétrique et de thérapeutique de Paris*, 1917.

VINAY. — *Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches*, 1894.

WALLICH. — *Eléments d'obstétrique*, 1921.

— Allaitement et suites de couches. *Nouvelle pratique médico-chirurgicale*, 1911.

BERGERAC. — IMP. GÉNÉRALE DU SUD-OUEST (J. CASTANET)

PLACE DES DEUX-CONILS
